

# TUPAKASTAVIEROITUSINTERVENTION SUUNNITTELU PRECEDE-PROCEED- MALLIA SOVELTAEN

Mari Tami

Opinnäytetyö  
Kesäkuu 2013

Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU  
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) TAMI, Mari	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 17.05.2013
	Sivumäärä 52	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus ( ) saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi TUPAKASTAVIEROITUSINTERVENTION SUUNNITTELU PRECEDE-PROCEED- MALLIA SOVELTAEN		
Koulutusohjelma Terveyden edistämisen koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) HÄYRYNEN, Teija TUOMI, Sirpa		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveysterveyst (JYTE)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää tupakastavieroitusmalli Jyväskylän kaupungin avosairaanhoidon ryhmätoimintaan lisäten avosairaanhoidon ja liikuntapalveluiden työntekijöiden yhteistyötä tupakastavieroituksessa. Tupakastavieroitusinterventio suunniteltiin PRECEDE-PROCEED terveyden edistämisen mallia soveltaen ja eri terveyden edistämisen menetelmiin perehtyen.</p> <p>Tupakastavieroitus ryhmätoiminta käynnistyi Jyväskylän kaupungin avosairaanhoidossa keväällä 2010. Ryhmän toteutuksessa huomioitiin PRECEDE-PROCEED -mallin vaiheet ja näitä sovellettiin käytäntöön ryhmäohjauksessa. Tupakastavieroitusinterventio toimivuudesta saatiin tulokset keräämällä ryhmäpalautteet ryhmäläisiltä keväällä 2010. Ryhmäpalaute kerättiin lisäksi syksyllä 2010 seurantatapaamisessa, jolloin seurantatapaaminen nauhoitettiin ja myöhemmin litteroitiin.</p> <p>Opinnäytetyöprosessin myötä luotiin Jyväskylän kaupungin avosairaanhoidon tupakastavieroitusmalli ryhmätoimintaan. Ryhmätoiminnan tupakastavieroitusmalli otettiin käyttöön käytännön työhön ja ryhmä lisättiin avosairaanhoidon ryhmätarjontaan. Tupakastavieroitusryhmän seitsemästä osallistujasta neljä lopetti tupakoinnin ryhmän aikana. Tupakanpolton lopettamisen lisäksi ryhmäläisten terveystottomukset paranivat ja yleinen terveydentila kohentui.</p>		
Avainsanat (asiasanat) PRECEDE-PROCEED terveyden edistämisen malli, tupakasta vieroitus, ryhmäohjaus, tupakastavieroitusmallin kehittäminen		
Muut tiedot		



Author(s) TAMI, Mari	Type of publication Master's Thesis	Date 17.05.2013
	Pages 52	Language Finnish
	Confidential ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title THE INTERVENTION FOR SMOKING CESSATION PLANNING BY APPLYING THE PRECEDE-PROCEED MODEL FOR HEALTH PROMOTION		
Degree Programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Tutor(s) HÄYRYNEN, Teija TUOMI, Sirpa		
Assigned by The City of Jyväskylä social- and health services (JYTE)		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this master's thesis was to develop a group activity model for smoking cessation in the City of Jyväskylä outpatient services. The purpose was also to increase cooperation in the smoking cessation operations between the employees of the city outpatient services and the city sports services. The intervention for smoking cessation was planned by applying the PRECEDE-PROCEED model for health promotion and by studying various other methods of health promotion.</p> <p>The group activity for smoking cessation in the City of Jyväskylä outpatient services started in the spring of 2010. The phases of the PRECEDE-PROCEED model were taken into account when implementing the group, and applied into practice in group counseling. The results of the smoking cessation intervention were obtained by collecting feedback from the group participants in spring 2010. Further group feedback was collected in a follow-up meeting in the fall of 2010. The meeting was recorded and later transcribed.</p> <p>As a result of the thesis process, a smoking cessation model was created for the group activities of the City of Jyväskylä outpatient services. The model for group activities in smoking cessation was brought into practice and the group was included in those offered by the outpatient services. Four out of seven participants gave up smoking during the group. In addition to the cessation of smoking, the health-related habits and the health status of the group participants improved.</p>		
Keywords The PRECEDE-PROCEED model for health promotion, smoking cessation, group counseling, develop a model for smoking cessation		
Miscellaneous		

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b> .....	2
<b>2 TARKOITUS, TAVOITTEET JA KEHITTÄMISTEHTÄVÄ</b> .....	4
<b>3 TUPAKASTA VIEROITTUMINEN</b> .....	5
3.1 Tupakoinnin taustatekijät ja riskit .....	5
3.2 Tupakkariippuvuus .....	7
3.3 Muutosvaihemalli ja mini-interventio apuna vieroituksessa .....	10
3.4 Motivoiva haastattelu työkaluna riippuvuuden hoidossa .....	17
<b>4 PRECEDE-PROCEED –MALLIN SOVELTAMINEN</b> .....	21
4.1 Vaihe 1 – Sosiaalinen arviointi (Social assessment) .....	24
4.2 Vaihe 2- Epidemiologinen arviointi (Epidemiological assessment) .....	26
4.3 Vaihe 3 - Käyttäytymis- ja ympäristöarviointi (Behavioral and environmental assessment) .....	28
4.4 Vaihe 4 - Kasvatuksellinen ja ekologinen arviointi (Educational and ecological assessment) .....	31
4.5 Vaihe 5- hallinnollinen ja poliittinen arviointi (Administrative and Policy assessment) .....	32
4.6 Vaihe 6 – Toteutus (Implementation) .....	35
4.7 Vaiheet 7-9- prosessin, vaikutusten ja tulosten arvionti .....	39
<b>5 POHDINTA</b> .....	42
<b>6 LÄHTEET</b> .....	47
<b>7 LIITTEET</b> .....	51
7.1 Liite 1. Stoppi-tupakastavieroitusryhmä. Alkukysely terveydentilasta ja ryhmän odotuksista. ....	51
7.2 Liite 2: Palautekysely Stoppi-tupakastavieroitusryhmän osallistujille. ....	52

## 1 JOHDANTO

Tupakointi aiheuttaa muun muassa keuhkosityöpää ja kroonisia keuhkosairauksia kuten keuhkohtaumatautia. Tilastotietojen osoittamassa valossa Suomessa on todettu kuolevan 6000 ihmistä tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin vuosittain. (Sykäri 2009, 8-9.) Koska tupakointi luetaan kuuluvaksi yhdeksi merkittävämmäksi kansanterveydelliseksi uhaksi, on sen lopettamisen tukemisessa todettu olevan kiistattomasti hyötyä kansanterveydelliseltä kannalta. Vuosittain tupakoinnista aiheutuvista sairauksista koituvat mittavat yhteiskunnalliset kustannukset. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008, 43.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin (2011) mukaan suomalaisten työikäisten tupakointi on kääntynyt laskuun. Raportin mukaan vuonna 2010 päivittäin tupakoivia työikäisiä miehiä oli 23 % ja naisia 16 %. Raportissa mainitaan myös, että lopettamishalukkuus ja yritykset olivat yleisiä. Noin 61 % päivittäin tupakoivista halusi lopettaa tupakoinnin. (Terveiden- ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisuja, 2011.) Pennanen ym. (2006) mukaan nuorten osalta tupakointi on lisääntynyt viime vuosina, mutta viimeisimmissä terveystutkimuksissa nousu on taittunut. Tupakoimattomuuden edistäminen edellyttää yhteiskunnan ja ammattihenkilöiden varhaista puuttumista asiaan etenkin nuorten keskuudessa. Yksilöllinen varhainen puuttuminen tupakointiin nuorten ja heidän perheidensä kanssa, voi auttaa tupakoijaa tiedostamaan käyttäytymistään ja ajattelemaan asiaa kriittisemmin. (Pirskanen & Pietilä 2010, 151.)

Tupakasta vieroittaminen tähtää aina elintavan pysyvään muutokseen. Lopettaminen on pitkäaikainen prosessi, jossa motivaatio ratkaisee onnistuuko lopettaja yrityksessään. Muutosvaihemalli on työntekijän työmenetelmä tupakasta vieroittamisessa, tähän kuuluu viisi vaihetta ja jokaiseen liittyy omat haasteensa. Motivaatiota ja tahdonlujuutta tupakanpoltonlopettaja saa terveydenhuollon ammattilaisen kanssa keskustellessa sekä vertaistuesta. Suomalaisen lääkäriseuran

Duodecimin ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä on laatinut käypä -hoitosuositukset tupakasta vieroittamiseen. Suositukset perustuvat systemaattisesti koottuun ja näyttöön perustuvaan tutkimustietoon. (Winell, Jousilahti, Kauppi, Korhonen, Ollila, Pietilä, Rouhos, Broms, Kaprio, Kentala & Rautalahti 2012, 2,6).

Helomaa & Sandström (2009) toteavat, että tupakastavieroitukseen koulutettuja terveydenhoitajia oli 28 % prosentissa kunnissa ja kaikista terveysasemista vain noin 50 % tarjoaa terveysneuvontaa ja tukea tupakoinnin lopettamisessa. Tupakasta vieroittamiseen tarvitaan myös työntekijältä hyvä motivaatio ja kiinnostus asiaa kohtaan. Tupakointi on riippuvuus sairaus, johon kuuluvat retkahdukset ja mahdollisesti vieroittamisen uudelleen aloittaminen yhä uudelleen ja uudelleen. (Heloma & Sandström 2009, 1.)

Tupakstavieroittaminen on toiminnaltaan laaja-alaista sekä pitkäjänteistä ja kohdentuu koko väestöön eri ikäryhmät huomioiden. Tärkeää on tupakoinnin ennaltaehkäisy, tupakoinnin lopettamisen tukeminen, elinympäristön ja yleisen asenneilmapiirin tupakoimattomuuden vahvistaminen. Tupakstavieroitusta suunniteltaessa on tärkeää tietää, että tupakointi on riippuvuusoireyhtymä ja vieroittautumiseen voi kulua pitkä aika. Tupakstavieroittamisessa täytyy selvittää tupakkariippuvuuden perusteet, alueen väestön tupakointitiedot sekä saatavat resurssit. (Patja 2006, 53-54.) Käypä hoito -suosituksessa tupakstavieroitusta pidetään kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten yhteisenä tavoitteena. Tupakasta kysyminen ja vieroittaminen kuuluvat ammattilaisten perustehtäviin. (Winell ym. 2012, 2.)

Tämän opinnäytetyön avulla pyritään avaamaan näkemyksiä tupakasta vieroitusryhmätoimintaan, terveyden edistämiseen sekä ihmisten elintapoihin ja terveystähtäytymiseen. Opinnäytetyön aihe on todettu tärkeäksi, koska tupakoinnin on todettu olevan suuri terveysongelmien aiheuttaja. (Sykäri 2009, 8-9). Fiore & Jae'n 2008 toteavat, että tupakoinnin lopettamisen prosessi on haasteellinen ja

arviolta 10 prosenttia yrittävistä onnistuu vuoden aikana. Tupakan aiheuttama voimakas psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen riippuvuus, edellyttää usein tuen tarvetta lopettamisprosessin onnistumiseksi. (Fiore & Jaèn 2008, 2.)

## **2 TARKOITUS, TAVOITTEET JA KEHITTÄMISTEHTÄVÄ**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää tupakastavieroitusmalli Jyväskylän kaupungin avosairaanhoidon ryhmätoimintaan lisäten avosairaanhoidon ja liikuntapalveluiden työntekijöiden yhteistyötä tupakastavieroituksessa.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää millä menetelmillä tupakastavieroittamista voidaan toteuttaa avosairaanhoidon asiakastyössä. Tavoitteena on lisäksi kuvata tupakastavieroitusinterventioprosessin vaiheet PRECEDE-PROCEED terveyden edistämisen mallia soveltaen.

Opinnäytetyön kehittämistehtävinä on kuvata tupakastavieroituksessa käytettyjä vaikuttavia menetelmiä ja selvittää onko PRECEDE-PROCEED - malli toimiva tupakastavieroitusinterventiota suunniteltaessa.

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen työelämän näyttöön perustuvaa toimintaa kehittävä kehittämistyö. Tutkivalla kehittämisellä tarkoitetaan näyttöön perustuvaa toimintaa (Heikkilä, Jokinen & Nurmela, 2008, 13). Opinnäytetyö tehdään PRECEDE-PROCEED- MALLIN mukaisesti sekä hyvän mallin mukaisesti tietoa kerätään eri tietolähteistä tutkimusten ja kirjallisuuden pohjalta. Opinnäytetyö perustuu myös laatusuosituksen, käypä –hoitosuosituksen sekä lakien ohjeisiin ja suosituksiin. Työssä keskitytään aikuisväestön tupakasta vieroitukseen.

### 3 TUPAKASTA VIEROITTUMINEN

#### 3.1 Tupakoinnin taustatekijät ja riskit

Tupakointi on yksi suurimmista terveysriskeistä ja tätä pidetään yleisimpänä estettävissä olevista kuolleisuuden aiheuttajista. Tupakanpoltto vaikuttaa laajalle koko elimistöön ja aiheuttaa puhkeamisriskin moneen vakavaan sairauteen. Joka toinen tupakoi kuolee tupakanpoltosta johtuvaan sairauteen ja polttamisen on todettu laskevan odotettavissa olevaa elinikää n. 10 vuodella. Kaikista todetuista kuolemista noin 14 prosenttia on todettu johtuvan tupakoinnista. (Saarelma 2010, 1.) Nikotiiniriippuvuus luetaan sairaudeksi, koska tupakkatuotteiden sisältämä nikotiini aiheuttaa fyysistä riippuvuutta. Nikotiiniriippuvuus kehittyy hyvin nopeasti ja tähän ovat vaikuttamassa omalta osaltaan keskushermoston herkkyys nikotiinille ja nikotiinin aineenvaihdunta maksassa. Riippuvuuteen on kytköksissä myös psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä. (Winell ym. 2012, 5-6.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman tupakkatilaston 2011 mukaan työikäisten miesten tupakointi on todettu vähentyneen ja naisten tupakointi on vuoden 1980 tasolla. Nuorten alle 18-vuotiaiden tupakointi on myös vähentynyt. Tilaston mukaan viidennes suomalaisista tupakoi päivittäin. 15-64-vuotiaista miehistä 22 % ja naisista 15 % tupakoi päivittäin. 65-84-vuotiaista miehistä 10 % ja naisista 6 % tupakoi päivittäin. (Tupakkatilasto 2011.)

Tupakointi alkaa yleensä nuoruusiässä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän kouluterveyskyselyn mukaan koulutuspohjaiset erot alkavat näkyä jo aikaisin, esim. päivittäin lukiolaisista tupakoi n. 9 % ja ammattikoululaisista 38 %. Nuoret ajattelevat kuitenkin, etteivät enää aikuisiällä tupakoi, suurin osa yrittää lopettaa, mutta vain harvat pääsevät eroon tupakasta. (Ollila, Broms, Kaprio, Laatikainen & Patja 2010, 1-2.)



Tupakoinnin lopettaminen on terveyden ja hyvinvoinnin kannalta kannattavaa, koska ensimmäiset terveyden kannalta edulliset muutokset tapahtuvat jo muutaman vuorokauden sisällä lopettamisesta. Hiljalleen lopettamisen jälkeen pienenee myös riski sairastua vakavaan sairauteen. Käypä hoito -suosituksen mukaan tupakasta vieroittautujalle tulee laatia yksilöllinen vieroitusohjelma, jonka on todettu olevan tehokkain tapa tupakasta eroon pääsemiseksi. Vieroituksessa on huomioitava asiakkaan tarpeiden mukaan yksilö- tai ryhmäohjaus, lääkehoito, kannustus, motivaatio ja työntekijän tuki. (Winell ym. 2012, 6.)

Tupakasta eroon pääseminen on hankalaa, koska nikotiiniriippuvuus on hyvin voimakasta. Ensimmäisen lopettamiskuukauden aika on herkintä aikaa retkahduksille. Käypä hoito -suosituksen mukaan suomalaiset tupakoitsijat voivat joutua keskimäärin yrittämään tupakoinnin lopettamista kolme-neljä kertaa ennen kuin pysyvä muutos tapahtuu. Erittäin vahvan nikotiiniriippuvuuden lisäksi vaikeuksia monelle tuottaa päästä eroon tupakanpoltosta heikko motivaatio asiaan, painonhallinta, puutteellinen itsehillintä, alkoholin, kahvin sekä muiden nautintoaineiden samanaikainen käyttö, joiden yhteyteen tupakointi yleensä liittyy. Vieroituksessa näihin asioihin olisi syytä keskittyä, jotta vieroitus onnistuisi. Tärkeää olisikin auttaa tupakastavieroittautujaa säännölliseen ateriarytmiin ja liikunnan lisäämiseen sekä keksiä jotakin muuta tekemistä tupakan tilalle. (Winell ym. 2012, 3-5.)

On todettu, että läheisten antama tuki on lopettamisessa erittäin tärkeää. Lisätukea ja motivaatiota saa terveydenhuollon ammattilaisilta, vertaistukiryhmästä ja kansanterveysjärjestöjen yhteisiltä verkkosivuilta. (Saarelma 2010, 2.) Vieroitukseen on tarjolla nykyään monenlaisia valmisteita purkasta inhalaattoreihin, lisäksi on myös hyvät tulokset saanut reseptilääke markkinoilla. Apuna voi myös kokeilla akupunktia, humpuukihoitoja, vertaisryhmää tai muuta vastaavaa itselle sopivaa muotoa. (Winell ym. 2012, 5-6.)

### 3.2 Tupakkariippuvuus

Tupakkariippuvuuden mittaamisen ja tutkimisen on todettu olevan haasteellista. Aikuisille kehitetyt mittausmenetelmät sopivat käytettäväksi myös päivittäin tupakoiviin nuoriin. Vastaanotolla tupakanpolton puheeksiottaminen ja riippuvuuden arviointi Fagerströmin testin (FTND) (Kts. Taulukko 1.) avulla on osa normaalia terveysneuvontaa. Ammattilaisen antamaa kehoitusta tupakan lopettamisesta pidetään myös tehokkaana, erityisesti jos tämän tekee lääkäri. (Ollila ym. 2010, 1.)

**TAULUKKO 1.** Fagerströmin lyhyt (kahden kysymyksen) nikotiiniriippuvuustesti (Saarelma 2010)

Kysymys	Määrä	Pisteet
Kuinka nopeasti (min) aamulla poltat savukkeen?	alle 6 min	3
	6-30 min	2
	31-60 min	1
Montako savuketta poltat vuorokaudessa?	alle 10	0
	11-20	1
	21-30	2
	yli 30	3

Pisteytys: Vähäinen nikotiiniriippuvuus 0-1 p, kohtalainen riippuvuus 2 p, vahva riippuvuus 3 p, erittäin vahva riippuvuus 4-6 p.

Tupakkariippuvuutta pidetään fysiologisten, psykologisten, sosiaalisten ympäristötekijöiden oireyhtymänä. Riippuvuus on moniulotteista, ei vain yhdentekijän aikaansaama (Ollila ym. 2010, 1.) Aluksi tupakanpolto liittyy sosiaalisiin tilanteisiin ja tupakan poltto ei välttämättä ole vielä säännöllistä, mutta hiljalleen kehittyy nikotiiniriippuvuus, jolloin polttaminen lisääntyy monesti päivittäiseksi usein tapahtuvaksi toiminnoksi. Tupakasta on vaikea päästä eroon sen aiheuttaman kemiallisen riippuvuuden vuoksi, mutta myös sen sosiaalisten ja päivittäisten rutiinien tuomien opittujen tapojen vuoksi. (Saarelma 2010, 2.)

Murrosiässä aloitettu tupakointi liitetään aikuisuuden tavoitteluun ja haluun käyttäytyä kaveripiirissä normien mukaisesti. Hiljalleen opittu tapa vakiintuu, alkaa kehittyä riippuvuus ja tupakointi on tilanteesta riippumatonta. Sosiaalinen riippuvuus kuitenkin ylläpitää tupakointia, koska helposti poltetaan savuke työpaikalla tauolla tai ystävien kanssa illanvietossa ruokailun jälkeen. (Tupakkariippuvuus 2008, 1.)

Nikotiiniriippuvuudesta voidaan puhua hyvin nopeasti, koska tämä kehittyy jo muutamien savukkeiden seurauksena ja viimeistään silloin, kun tupakoi vähintään kahdesti viikossa. Naisilla riippuvuus kehittyy miehiä nopeammin. Myöskin nuori tupakoitsija jää helpommin koukuun kuin vanhemmalla iällä tupakan polton aloittanut henkilö. (Vierola 2006, 22.) Nikotiiniriippuvuuden muodostumisen jälkeen tupakan polttoon alkaa voimakkaasti liittyä fyysinen ja psyykkinen riippuvuus. Nikotiiniin liittyy piristävä, rentouttava, mutta myös lamaannuttava vaikutus, joka vaikuttaa koukussa olevan tupakoitsijan fyysiseen ja psyykkiseen riippuvuuteen. Tupakkaa poltettaessa nikotiinireseptorit aktivoituvat, jolloin dopamiinin vapautuminen lisääntyy ja aiheuttaa tupakoitsijalle voimakasta mielihyvää. Kun tunteet yhdistyvät tupakointiin positiivisessa merkityksessä, pitää se yllä psyykkistä riippuvuutta. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 66.)

Psyykkinen riippuvuus on opittua, koska tupakoitsija oppii reagoimaan tupakoimalla tunnetiloihin tai tapahtumiin sekä yrittää tupakoinnin avulla välttää negatiivisia tilanteita. Opittua käyttäytymistä voidaan myös puoltaa sillä, että tupakoitsijalla vahvistuvat sensomotoriset vaikutukset, kuten esimerkiksi käsillä näpertäminen ja jatkuva liikuttelu. (Tupakkariippuvuus 2008, 1.)

Ollilan ym. 2010 mukaan tutkimustieto tupakkariippuvuuden synnystä ja tämän aiheuttamista psyykkisistä ja fyysisistä oireista on vähäistä. Riippuvuuden on uskottu aiheutuvan nikotiinin nopeasta vaikutuksesta aivoissa ja elimistössä. Artikkelissa käytetyn tutkimustiedon mukaan 67 % kehittyi tutkimusolosuhteissa ICD- 10:n kriteeristön tupakkariippuvuus jo kuukauden seurannan aikana, jolloin kaksi tupakkaa poltettiin viikon aikana, tämä tutkimus osoittaa sen ettei tupakkariippuvuuden syntyyn tarvita päivittäistä tai hyvin säännöllistä tupakointia. (Ollila ym. 2010, 2-3.)

Tupakkariippuvuutta mittaavat menetelmät on jaettu kahteen ryhmään. Ensimmäiset mittarit perustuvat neurobiologisiin malleihin, joissa pääpaino on siinä miten hermosto sopeutuu nikotiinin jatkuvaan käyttöön. Toisena menetelmänä ovat

klassiset, kognitiiviset ja sosiaalisen oppimisen mallit, jotka perustuvat fyysisiin reaktioihin, joihin riippuvuus ja sosiaalisessa elinympäristössä oleva käyttäytyminen rakentuu. Tupakkariippuvuus mitataan lomake- ja haastattelukysymyksillä, joiden vastaukset pisteytetään. Käytössä olevia mittareita ovat Fagerströmin testi (FTND)(Taulukko 1), ICD-10 (Taulukko 2) ja Heaviness off smoking Index (HSI) kahden kysymyksen mittari. (Taulukko 3) Erityisesti kahden kysymyksen Fagerströmin testiä pidetään sopivana mittarina aikuisille, pitkään tupakoineille riippuvuuden selvittämisessä. (Ollila ym. 2010, 2-3.)

**TAULUKKO 2.** ICD-10, nikotiiniriippuvuustesti (DiFranza,Savageau, Fletchev, Ockene, Rigotti & McNeill 2002.)

Oletko koukussa tupakkaan?	Kyllä / Ei	Pisteet
1. Oletko joskus yrittänyt lopettaa siinä onnistumatta?	a) Kyllä b) Ei	1 0
2. Tupakoitko nyt, koska tupakoinnin lopettaminen on tosi vaikeaa?	a) Kyllä b) Ei	1 0
3. Oletko koskaan tuntenut olevasi tupakoinnista riippuvainen?	a) Kyllä b) Ei	1 0
4. Onko sinulla joskus voimakas tupakan himo?	a) Kyllä b) Ei	1 0
5. Oletko joskus tuntenut, että todella tarvitset tupakan?	a) Kyllä b) Ei	1 0
6. Onko sinulle vaikeaa olla tupakoimatta paikoissa, joissa se ei ole sallittua?	a) Kyllä b) Ei	1 0
<b>Kun yritit lopettaa tupakoinnin tai kun et ole tupakoinut vähään aikaan</b>		
7. Oliko keskittyminen hankalaa sen vuoksi, ettet voinut tupakoida?	a) Kyllä b) Ei	1 0
8. Tunsitko itsesi ärtyneemmäksi, koska et voinut tupakoida?	a) Kyllä b) Ei	1 0
9. Oliko sinulla voimakas halu tai tarve tupakoida?	a) Kyllä b) Ei	1 0
10. Olitko hermostunut, rauhaton tai ahdistunut, koska et voinut tupakoida?	a) Kyllä b) Ei	1 0

**Tulkinta:**

Pisteet: 0-2 pistettä, vähäinen riippuvuus. 2-6 pistettä, kohtalainen riippuvuus, 7-10 pist. voimakas riippuvuus.

**TAULUKKO 3.** Heaviness of smoking Index (HSI) (Chaiton, Cohen, McDonald & Bondy 2007.)

		Pisteet
Kuinka nopeasti poltat ensimmäisen savukkeen heräämisen jälkeen?	alle 5 min	3
	6-30 min	2
	31-60 min	1
	yli 60 min	0
Kuinka monta savuketta poltat päivässä?	10 tai alle	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 tai enemmän	3

**Tulos:** 0-2 pistettä = matala riippuvuus, 3-4 pistettä = keskivaikea riippuvuus, 5-6 pistettä = vaikea riippuvuus

Nikotiiniriippuvuus selviää yksinkertaisella testillä, jota hoitaja tai lääkäri voi käyttää työssään apuvälineenä kohdatessaan tupakoijan. Testi toimii herättelijänä kannustaessa asiakasta lopettamisessa tai jo auttaessa valitsemaan asiakasta esimerkiksi sopivaa nikotiinikorvaushoitoa. Liitteessä 1 on kahden kysymyksen Fagerströmin testi, kattavampi testi löytyy esim. sivulta [www.stumpi.fi](http://www.stumpi.fi). Kahden kysymyksen Fagerströmin testi on esimerkki helposta ja nopeasta työvälineestä vastaanottotyössä, jolla herätellään asiakkaan motivaatiota lopettamiseen ja selvitetään hänen nikotiiniriippuvuus asteensa. Nikotiinikorvaushoito suunnitellaan asiakkaan kanssa riippuvuusasteen mukaan. (Saarelma 2010, 1.)

### 3.3 Muutosvaihemalli ja mini-interventio apuna vieroituksessa

Absetzin ja Hankosen 2011 mukaan on olemassa tutkittua näyttöä elämäntapamuutosten vaikuttavuudesta, mutta terveydenhuollon käytännön työskentelyssä vaikutukset eivät näyttäyty selkeästi vaan ne rutinoituvat. Absetz ja Hankonen ovat tarkastelleet systemoitujen katsausten ja meta-analyysien pohjalta terveydenhuollon interventioiden vaikutusta elämäntapamuutoksien synnyssä. Eniten positiivisista elämäntapamuutoksista hyötyvät sairastumisriskissä olevat sekä jo sairastuneet. Terveydenhuollossa ongelmana interventioissa on kohderyhmän tavoitettavuus ja interventioiden laadun seuraaminen. Interventioilla voidaan saada

aikaan terveydenhuollossa merkittäviä vaikutuksia hyvinkin lieville toimenpiteille.  
(Absetz & Hankonen 2011, 2.)

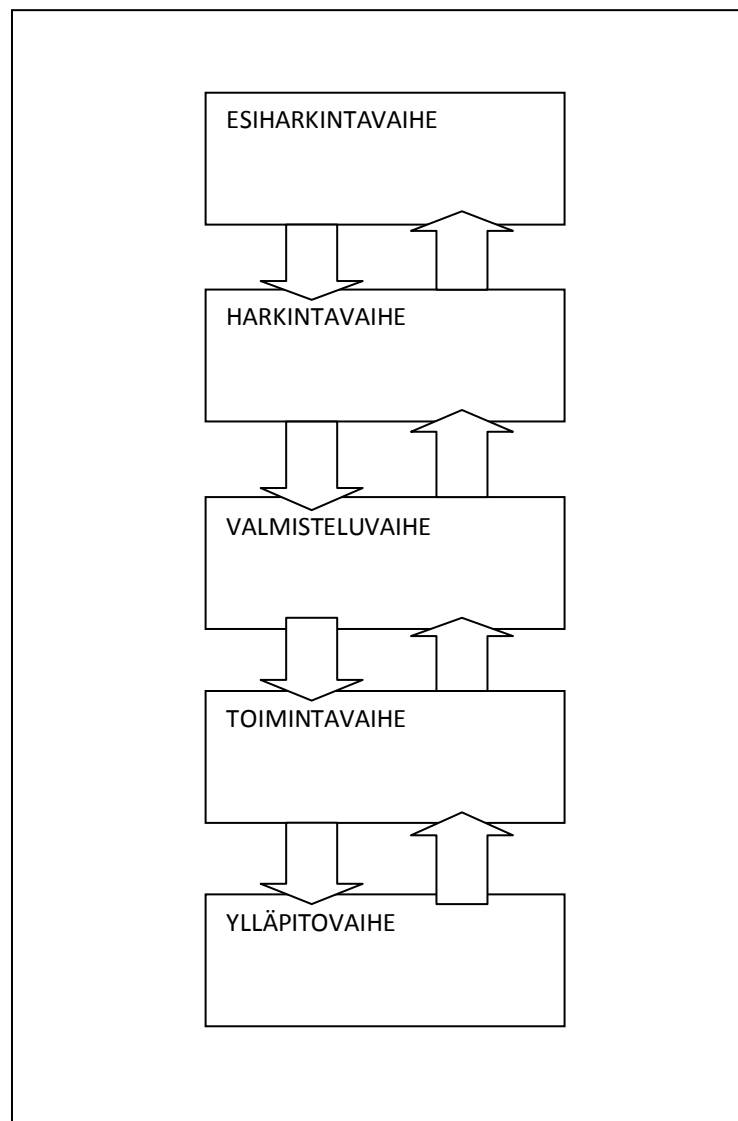
Absetz ja Hankonen 2011 toteavat, että lääkärin vastaanotolla tupakan lopettamiseen liittyvää neuvontaa ja lopettamiskehoitusta saaneiden potilaiden lopettamistodennäköisyys oli 66 % ja hoitajien 28 % suurempi kuin niillä potilailla, joihin interventio ei kohdistunut. Lukuina tämä merkitsee sitä, että jos omatoimisesti tupakoinnin lopettaa kymmenen sadasta potilaasta, niin lääkärin toteuttaman intervention avulla heitä on 17 ja hoitajan 13. Lopettamistodennäköisyyttä parantavat yksi seurantakäynti ja jaettu lopettajan materiaali 37 %, useammat seurantakäynnit 50 % sekä informointi vakavista hengityselinsairauksista ja kuolemista 30 %. Erityisesti mini-interventioiden on todettu olevan terveydenhuollossa tehtynä yhtä merkittäviä tuloksia aikaansaavia kuin esim. hyvin resurssoiduissa koeolosuhteissa. Lääkärin tekemä mini-interventio on näytön perusteella todettu olevan tehokkaampaa kuin hoitajan, vaikka ei ole löydetty suoraa vertailevaa analyysiä. (Absetz ym. 2011, 2-3.)

Tupakan lopettamiseen liittyvissä muutosvaihemalliin perustuvista interventioista parhaimmaksi on todettu perusterveydenhuollossa lääkärin suorittama asiakaskohtainen ohjaus ja neuvonta, johon on liitetty myös seurantakäynnit. Muutosvaihemallista on käytännön tutkimuksia vähän, joiden pohjalta saataisiin näyttö siitä, mitä tuloksia saataisiin mallin eri vaiheissa olevista asiakkaista. (Absetz ym. 2011, 3,7.)

Interventiotutkimuksissa parhaimmaksi keinoksi on todettu asiakkaan omien kykyjen tukeminen ja lisääminen kohti muutoksen tekemistä. Motivoitunut ja itseensä luottava asiakas pyrkii kohti muutosta kovemmin yrittämällä kuin asiakas joka ei luota itseensä eikä ole motivoitunut. Lisäksi itseensä luottava asiakas lannistuu retkahduksista vähemmän kuin itseensä luottamaton. Kun asiakkaan luottamus omiin kykyihin lisääntyy, vaikuttaa tämä positiivisesti elintapamuutokseen. Tupakoinnin lopettamisen hyödyt tulevat nopeasti esiin fysiologisilla mittareilla ja

sairauksien ehkäisyssä, mutta tutkimusnäyttö on hyvin vähäistä, sillä tutkimuksissa ei yleensä ole riittävää seuranta aikaa hyötyjen todentamiseksi. (Absetz ym. 2011. 3,7.)

**KUVIO 1.** Transteoreettinen muutosvaihemalli (Prochaska & Diclemente 1983)



Prochaskan ja DiClementen (1983) kehittämä transteoreettinen muutosvaihemalli (Kts. Kuvio 1.) sisältää viisi eri muutosvaihetta. Transteoreettinen muutosvaihemalli soveltuu käytettäväksi terveydenedistämisen interventioihin. Transteoreettisessa muutosvaihemallissa on viisi eri vaihetta, jotka ovat esiharkintavaihe (pre-contemplation), harkintavaihe (contemplation), valmisteluvaihe (preparation), toimintavaihe (action) ja ylläpitovaihe (maintenance). Esiharkintavaiheessa henkilö ei ole vielä valmis muutoksen tekemiseen tai edes harkitsemaan muutosta. Tässä vaiheessa asiantuntijan tulee lisätä yksilön tietoisuutta muutostarpeesta neutraalin tiedon avulla, mikäli yksilö on valmis tietoa vastaanottamaan. (Prochaska, Norcross & DiClemente 2002, 74-94.) Esiharkintavaihe voi olla hyvin pitkä, tässä vaiheessa ihminen ei ole valmis muuttamaan toimintaansa. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2004, 33-34.)

Muutosvaihemallin harkintavaiheessa henkilö tiedostaa muutostarpeen, mutta ei vielä osaa toimia muutoksen hyväksi. Henkilöllä ilmenee halu muutokseen, joten siirtyminen seuraavaan vaiheeseen voi hyvinkin tapahtua lähitulevaisuudessa. Tässä mallin vaiheessa punnitaan muutoksen hyötyjä ja haittoja. Asiantuntijan tehtävänä on tarjota tukea muutokseen ja auttaa yksilöä löytämään erilaisia vaihtoehtoja muutokseen siirtymiseen. (Prochaska ym. 2002, 109-127.)

Valmisteluvaiheessa henkilö on halukas muuttamaan toimintaansa ja kokee muutoksen tarpeelliseksi. Valmisteluvaiheessa henkilöltä löytyy myös tahtoa tehdä jotakin muutoksen hyväksi. Asiantuntijan tehtävänä on tässä vaiheessa toimia tukijana yksilölle ja antaa hänelle realistista tietoa ja vaihtoehtoja muutoksen tueksi. (Prochaska ym. 2002, 145-149.)

Toimintavaiheessa henkilö on päättänyt tehdä muutoksen ja on sitoutunut sen tekemiseen. Tässä vaiheessa muutoksen tekijä tarvitsee rohkaisua ja tukea. Ongelmatilanteissa yksilöä autetaan ja yritetään löytää ratkaisuja ongelmien ratkaisemiksi. (Prochaska ym. 2002, 172-186.) Toimeenpanovaiheessa henkilö toimii suunnitelmansa mukaisesti. Läheisten tuen tarve on suuri esimerkiksi



tupakoimattomuuden tukemisessa, tässä vaiheessa henkilö hakee usein vertaistukea ryhmistä, kerhoista sekä välttää riskialttiita tilanteita. (Inkinen ym. 2004, 34-36.)

Ylläpitovaiheessa muutokset muuttuvat pysyviksi. Tässä vaiheessa tuen saaminen on edelleen tärkeää retkahdusten välttämiseksi. Rohkaisu ja seuranta on välttämätöntä, jotta yksilö voi pysyä muutoksessaan. (Prochaska ym. 2002, 202-213.)

Ylläpitovaihetta pidetään kaikista haasteellisimpana vaiheena, koska riski retkahduksiin kasvaa, kun aktiivinen tuki alkaa ajan myötä vähentyä ja arkipäiväistyä. Tässä vaiheessa onkin tärkeää edelleen pitää yllä motivaatiota ja sitoutumista muutokseen. Retkahdukset kuitenkin kuuluvat muutosvaiheprosessiin, niitä ei kannata ottaa epäonnistumisina, vaan katsoa tulevaan ja miettiä miten välttyä tulevilta retkahduksilta. (Inkinen ym. 2004, 35-36.)

Tupakanpolton lopettaminen vaatii sitoutumista vieroitukseen niin lopettajalta kuin terveydenhuollon ammattilaiseltakin. Muutosvaihemalli tukee lopettamista ja antaa työntekijälle apuvälineen selvittää missä vaiheessa asiakas on menossa ja minkälaista tukea hän kyseisessä vaiheessa tarvitsee. Muutosvaihemallilla kuvataan asiakkaan valmiutta elintapamuutokseen. Terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä on selvittää missä mallin vaiheessa asiakas on menossa ja kannustaa sekä motivoida häntä parhaansa mukaan. Tupakoinnin lopettaminen on pitkäaikainen prosessi. Asiakkaalle tulisikin painottaa lopettamisen myönteisiä vaikutuksia sekä vahvistaa hänen valmiutta ja halukkuutta tärkeään elintapamuutokseen. (Mäkinen & Alenius, 2010, 1-2.)

Terveysasemalla vastaanottotyössä perushoitajat, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja lääkärit kohtaavat päivittäin tupakoivia nuoria, aikuisia, perheitä ja vanhuksia.

Tupakointi vaikuttaa myös läheisten terveyteen, ei vain itse tupakoijaan.

Vastaanottokäynnillä tulee harjoittaa mini-interventiota ja kysyä tupakoinnista sekä lopettamishalukkuudesta ja tämän mukaan antaa asiakkaalle selkeää tietoa hyödyistä ja haitoista. On todettu, että vain kolmen minuutin keskustelu on tehokkaampi tapa kannustaa lopettamisessa, kuin pelkkä kehottaminen

lopettamaan. Asia täytyy aina kirjata asiakkaan tietoihin ja tupakoinnista pitää kysyä vähintään kerran vuodessa. Keskustelussa tulee huomioida tupakointi historia, lopettamisyrietykset, repsahdukset, vieroitushoito, asiakkaan haluama vieroitusmuoto. Asiakkaalle täytyy antaa myönteistä palautetta ja tarjota mahdollisuutta tukitoimiin, esim. yksilöohjaukseen, jossa tukikäynnillä voi kontrolloida onnistumista. Jos asiakas on motivoitunut lopettamaan tupakan polton, pitää hänet ohjata jatkohoitoon omalle hoitajalle yksilöohjaukseen tai vertaistukiryhmään. (Mäkinen & Alenius 2010, 3.)

Winell on yhdessä laatutyöryhmän kanssa kuvannut tupakasta vieroittujan muutosvaihemalliin. (kts. kuvio 2.) Muutosvaihemallia on tarkoitus käyttää työvälineenä, kun halutaan selvittää asiakkaan muutoshalukkuutta lopettaa tupakanpolto. Pitää muistaa, että lopettamishalukkuus ei säily samanlaisena jatkuvasti, vaan se on muuttuvassa tilassa, johon vaikuttavat asiakkaan elämäntilanne, voimavarat ja ympäristö. Laajimmat tukitoimet suositellaan keskitettävän lopettamiseen sitoutuneisiin henkilöihin. Muutosvaihemallin tarkoitus ei ole kuvata ainoastaan lopettamisprosessia, vaan muutoshalukkuutta ja siihen liittyviä tekijöitä. Asiakas pysyy tupakoimatta tai aloittaa uudelleen, jolloin tehdään uusi tilanne arvio ja hoidon uudelleen aloitus. Muutosvaihemalli elää jatkuvasti. (Winell 2006, 1.)

**KUVIO 2.** Tupakasta vieroittautujan muutosvaihemalli (Winell 2006)

Tupakasta vieroittautujan muutosvaihemalli:				
1. Välinpitämätön asiakas, ei harkitse lopettamista  motivointi kampanjat puheeksiotto ja mini-interventio	2. Harkitsee lopettamista  motivointi, kannustus, vieroitusoppaan anto, häkämittaus, mikrospirometria herättämään muutoshalukkuutta	3. Päättää lopettaa, on motivoitunut, valmistautuu  Fagerströmin testi, nikotiinikorvaushoito, muu lääkehoito, vieroitusopas, kannustus ja tuki	4. Yrittää lopettaa  seuranta, kannustus, retkahdusten esto, keskustelu yksilöohjaus tai vertaistukiryhmä häkä-, verenpaine- ja mikrospirometria mittaukset vieroitushoito	5. Lopettaa, mahdollisia retkahduksia  kannustus pysyvään muutokseen, seuranta, retkahduksista oppiminen

Ham ja Lee ovat tutkineet muutosvaihemallin käytön vaikutusta korealaisten nuorten tupakoinnin lopettamisen tukemisessa. Korealaisista kouluikäisistä nuorista keskimäärin noin 20,7 % tupakoi. Tutkimuksessa kokeiltiin muutosvaihemallin käyttöä. Kahden kuukauden aikana tutkimustieto kerättiin 300 korealaiselta lukiolaismieheltä. Tutkimuksessa keskityttiin muutosvaihemallin mukaan miesten oman pystyvyyden lisääntymiseen, muutos prosessiin, nikotiiniriippuvuuteen sekä tupakastavieroitukseen. 55,1 % koki saavansa avun tupakan polton lopettamiseen kyseisestä tutkimusryhmästä. Lisäapuna tupakoinnin lopettamisessa koettiin olevan nikotiinivalmisteiden käyttö sekä korkea luottamus itseen onnistumisen suhteen. Tutkimustulosten mukaan muutosvaihemalli kannattaa sisällyttää tupakastavierotus ohjelmiin, koska ainakin tämä menetelmä tuki korealaisia nuoria tupakoinnin lopettamisessa. (Ham & Lee, 2007. 1.)

### **3.4 Motivoiva haastattelu työkaluna riippuvuuden hoidossa**

Lappalainen-Lehto ym. 2007 mainitsevat, että motivoiva haastattelu on vuorovaikutustapa, jossa merkityksellisenä piirteenä on haastateltavaa kunnioittava suhtautuminen. Terveysthuollon ammattilaisen tehtävänä on saada selville asiakkaan omat tavoitteet, arvot sekä tavoiteltavan muutoksen merkitys asiakkaalle. Motivaatio syntyy vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksessa motivaatiota voidaan lisätä, vahvistaa tai tämä voidaan myös liian hallitsevalla otteella tuhota. Menetelmänä motivoivassa haastattelussa pidetään tavoite- ja voimavarasuuntautunutta vuorovaikutusprosessia. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 201-204.)

Tarkoituksena on yhdessä asiakkaan kanssa laatia realistiset tavoitteet asiakkaan voimavarat huomioiden. Motivoinnissa tulee kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Terveysthuollon ammattilainen tukee asiakasta ja auttaa häntä ratkaisuisaan muutosvaihemallin mukaisesti. Työntekijä tarvitsee myös

erilaisia taitoja välineikseen asiakkaan motivoinnin onnistumiseen. Empatiaa pidetään yhtenä merkittävimmistä vuorovaikutustaidoista. Tärkeää on asiakkaan hyväksyminen ja ymmärtäminen, vaikka ei itse olisikaan samaa mieltä tai hyväksy asiakkaan ratkaisuja. Työntekijä antaa näyttöön perustuvaa tietoa, mutta keskustelee asiakkaan kanssa avointen kysymysten avulla. Tärkeää on refleктоiva kuuntelu, jolloin voidaan keskittyä johonkin tärkeää asiaan ja keskustella tästä tarkemmin. Tuolloin asiakkaalle välittyy, että työntekijä on oikeasti läsnä ja yrittää häntä auttaa parhaalla mahdollisimmalla tavalla. Asiakkaan elämässä hyvässä mallissa olevia asioita tai voimavaroja tulee vahvistaa. Motivoitumisen kannalta myös käyntien yhteenvedot ovat tärkeitä, jolloin päästään selkeämmin muodostamaan jatkotavoitteita. Työntekijä voi myös esimerkiksi ilmaista huolensa asiakkaan terveyteen liittyen, joka voi herätellä asiakkaan motivaatiota itsensä hoitoon. Myös asiakkaan vastustus on ymmärrettävä ja usein tämä onkin selkeä viesti työntekijälle, jolloin hänen tulee vaihtaa strategiaa motivoinnin suhteen. (Lappalainen-Lehto ym., 2007, 201-204.)

Mini-interventio perustuu motivointiin. Motivoiva haastattelu perustuu asiakaslähtöisyyteen, mutta on terveydenhuollon ammattilaisen ohjaamaa. Motivoivassa haastattelussa on ehtona saada asiakas kertomaan mitä muutoksia hän haluaa tehdä ja tukea häntä toimimaan itse ongelmiansa ratkaisemiseksi. Tärkeää on keskittyä aina senhetkiseen ongelmaan ja mielellään ottaa yksi ongelma kerrallaan ratkaistavaksi, kaikkea ei tarvitse heti muuttaa. (Inkinen ym. 2004, 122-123.)

Tupakasta luopumista pidetään suurena elämänmuutoksena. Ihmisen käyttäytyminen sitoutuu persoonallisten piirteiden, ympäristö- ja tilannetekijöiden yhteisvaikutukseen, joka ei usein ole kovinkaan johdonmukaista. Ihmisellä on yleensä jokin päämäärä ja mikäli hän haluaa päämäärän saavuttaa tarvitsee hän motivaatiota. Motiivit auttavat motivaatioon pääsyssä. Motiiveiksi luokitellaan tiedostetut, tiedostamattomat, ulkoiset, sisäiset, biologiset tai sosiaaliset tekijät. Motivaation avulla pystyy helpommin pääsemään eroon tupakasta. Motivaatiota voi etsiä helpoiten merkitsemällä ylös tupakoinnin negatiiviset ja positiiviset puolet ja tämän jälkeen lähteä avaamaan näitä laajemmin, mihin voi vaikuttaa jne. (Patja, Iivonen & Aatela 2005, 31-41.)

Absetz & Hankonen 2011 ovat tutkineet, että motivoivaa haastattelua voidaan pitää erittäin vaikuttavana menetelmänä eikä tämä vaadi suurta resurssointia tai panostusta. Motivoivaa haastattelua voidaan soveltaa kaikkiin elintapoihin sekä yleensä menetelmä sopii lähes kaikille ihmisille. Meta-analyysejä motivoivahaastattelu menetelmän vaikuttavuudesta on julkaistu 2000-luvulla kuusi ja menetelmän koulutuksesta on julkaistu yksi meta-analyysi. Tutkimuksen mukaan motivoivalla haastattelulla saadaan positiivisempi vaikutus kuin vertailuryhmällä, johon menetelmää ei ole käytetty. Tutkimuksista ilmenee, että puolessa tutkimustuloksissa vaikutus oli pieni, mutta kuitenkin merkitsevä, ja neljänneksessä vaikutus oli suuri. Vaikuttavuus kasvaa sitä mukaan enemmän, jos vertailuryhmälle ei anneta neuvontaa tms. interventiota laisinkaan. Motivoiva haastattelu menetelmä ei vie juuri aikaa vastaanotolla ja sillä päästään samoihin tai jopa parempiin tuloksiin kuin käyttämällä muita aikaa vieviä menetelmiä. Ainoastaan tupakan lopettamiseen liittyvässä interventiossa motivoivan haastattelun suorittaneella ammattiryhmällä on merkitystä. On todettu, että lääkärin tekemä tupakka-interventio on tehokkain. (Absetz ym. 2011, 2-3.)

Motivoiva haastattelu menetelmän toteuttajan kannalta koulutus kyseessä olevaan menetelmään vie aikaa vain parista tunnista muutamiin päiviin eikä näin ollen vaadi suurta resurssointia. Asiakas puolestaan saavuttaa vaikuttavaa hyötyä, koska hän itse joutuu miettimään omaa toimintaa, tavoitteita ja vertailemaan hyötyjä sekä haittoja keskenään. Asiakkaan on saatava itse määrätä tavoitteensa, jotta hän pystyy motivoitumaan näiden saavuttamiseen. Asiakkaan autonomiaa tukeva työote johtaa monesti asiakkaan hyvään motivaatioon ja pysyvien muutosten tekemiseen. (Absetz ym. 2011, 6.)

Motivoivan haastattelun käyttökokemuksia on saatu kroonisista keuhkosairauksista kärsivien tupakastavieroitusryhmästä. Motivoiva haastattelu on usein käytetty tutkimuoto tupakastavieroituksessa. Hoitajat koulutettiin menetelmän käyttöön ennen ryhmän aloitusta, ryhmässä oli 13 potilasta, tietoa ryhmästä ja tuloksista

kerättiin noin vuoden ajan 2006-2007. Ryhmätapaamisissa käytettiin motivoiva haastattelu menetelmää terveydenedistämisen työvälineenä, ryhmäläiset ja hoitajat kokivat motivoivan haastattelun tärkeäksi vieroituksen onnistumisen sekä terveyden edistämisen kannalta. Menetelmää on käytetty terveydenhuollon työvälineenä jo noin 20-vuoden ajan. (Österlund-Efraimsson, Fossum, Ehrenberg, Larsson & Klang 2011.)

Englannissa sairaanhoidon opiskelija yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa testasivat terveydenedistämisen menetelmiä, kuten motivoivaa haastattelua potilas esimerkissään. Menetelmä koettiin tehokkaaksi erityisesti sairaalaolosuhteissa, joissa potilas on haavoittumimmillaan sairastumisen jälkeen ja havahtuu omaan toimintaansa. Potilastapauksessa henkilö oli tupakoinut pitkään ja saanut sydäninfarktin. Motivoivasta haastattelusta oli hyötyä potilaan tupakastavieroituksesta, koska hän itse joutui miettimään tupakoinnin ja yleensäkin elintapojen vaikutusta terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Terveydenhuollon ammattilainen vain vahvisti potilaan luottamusta omaan kykyihinsä päästä eroon tupakoinnista. (Keane & Coverdale, 2011, 4-6.)

Karatay, Kuplay & Emiroglu ovat tutkineet, että raskausajan tupakointi on ongelma terveydenhuollossa. Artikkelin kertoo tutkimuksesta, jossa tarkoituksena oli tutkia motivoivan haastattelun menetelmän vaikutusta raskaana olevien tupakoinnin lopettamisen tukemisessa. Tutkimukseen osallistui 38 raskaana olevaa, menetelmät toteutettiin kotikäyntien ja vastaanottojen yhteydessä. Jokainen raskaana oleva oli tupakoinut ainakin yhden savukkeen päivässä ennen tutkimusta. Interventio perustui muutosvaihemalliin ja menetelmänä toimi motivoiva haastattelu. Tulokset olivat hyvät, sillä 39,5 % lopetti tupakoinnin ja 44,7 % vähensi tupakan polttamistaan noin 60 % siitä mitä ennen tutkimusta oli polttanut. Tutkimustulosten mukaan, muutosvaihemallia ja motivoivaa haastattelua pidetään erittäin tarpeellisina ja tehokkaina työkaluina terveydenhuollossa. (Karatay, Kuplay & Emiroglu, 2009, 1-4.)

#### **4 PRECEDE-PROCEED –MALLIN SOVELTAMINEN**

Tässä opinnäytetyössä viitekehyksenä käytettiin PRECEDE-PROCEED terveyden edistämisen mallia. (Green & Greuter 2005) Mallia käytettiin soveltaen sitä koko opinnäytetyön toimintavaiheen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Precede-Proceed mallia voidaan yleisesti hyödyntää terveyden edistämisen interventioiden, ohjelmien suunnittelun ja arvioinnin apuvälineenä. Precede-Proceed malli rakentuu yhdeksästä vaiheesta, jossa aloitetaan kohderyhmän sekä intervention kohteena olevien seurausten määrittelynä ja jonka suunnitteluvaiheessa edetään taaksepäin pohtimalla syitä ja mahdollisia seurauksia siitä miten lopputulokseen päästäisiin. (Green & Greuter 2005, 7-9.)

Croyle 2005 mukaan Precede-Proceed malli on suunnitelma malli terveyden edistämiseen, ei teoriaa. Malli lukeutuu kuitenkin teorialmalliksi, jonka tarkoituksena ei ole selvittää toivottuun lopputulokseen sisältyvien tekijöiden välisiä sidoksia, vaan tarkoitus on luoda rakenteellinen malli viitekehyksen soveltamiseen. Tämä edesauttaa sitä, että parhaimmat interventiostrategiat voidaan tunnistaa ja toteuttaa. Ihmisten terveyskäyttämisen on todettu olevan hyvin monimutkaista, tämä malli on suunniteltu helpottamaan terveyskäyttämisen ymmärtämisessä. (Croyle 2005, 8.)

Mäkitalo 2006 on soveltanut Precede-Proceed mallia kehittämishankkeessaan. Kodin ja koulun yhteistyötä on Mäkitalon mukaan tutkittu, mutta erityisesti muutospaineet kodin, koulun ja yhteiskunnan taholta ovat nostaneet huolen lasten ja nuorten hyvinvoinnista. Kehittämistyön tarkoituksena oli Mäkitalon mukaan edistää kouluhyvinvointia kehittämällä kodin ja koulun yhteistyötä. Lopputuloksiin päästiin aktiivisella työskentelyllä, johon kuului kyselyt vanhemmille ja oppilaille, ryhmätyöskentely, vanhempainillat ja työryhmät ammattilaisten osalta. Mäkitalon työn seurauksena tehtiin toimintasuunnitelma koululle, lisäksi oppilaiden



turvallisuutta parannettiin tehostamalla välituntivalvontaa sekä perustamalla toimiva vanhempainyhdistys. (Mäkitalo 2006, 73-76.)

Mäkitalon työssä ilmenee yhteneväisyyksiä tähän opinnäytetyöhön. Molemmilla on yleinen ongelma, jota on tutkittu paljon ja johon on jo yritetty vaikuttaa.

Molemmissa töissä on myös toiminnallinen toteutus, sisältäen kyselyt ja ryhmätyöskentelyn. Kummassakin työssä tähdätään tiettyyn lopputulokseen.

Aiheista on paljon tietoa ja tutkimusta tarjolla, jota on voitava jäsentää oikein omaa aihealuetta ja kohderyhmää ajatellen. Näiden asioiden vuoksi PRECEDE-PROCEED -malli on sopiva ja toimiva malli molempiin opinnäytetöihin (Green ym. 2005, 9-10.)

PRECEDE-PROCEED -malli soveltui hyvin tämän opinnäytetyön viitekehykseksi, koska kyseessä on tupakastavieroitus eli intervention kohde, johon vaikuttavat laajalti monet asiat. Lisäksi opinnäytetyössä on käytännön toteutus ja arviointi tupakastavieroitusryhmästä. Seuraavaksi kuvataan opinnäytetyön vaiheet PRECEDE-PROCEED -mallin mukaisesti. (Kts. kuvio 3.) Ensimmäisenä lähdetään suunnittelussa liikkeelle tilanteesta, jossa on `mallikelpoinen' onnistuva, tupakasta vieroittautuja tarkastellen ja arvioiden sosiaalista vaikuttavuutta eri näkökulmista. Tästä edetään sitten vaiheiden mukaisesti prosessin, vaikutusten ja tulosten arviointiin.

**KUVIO 3.** Precede-Proceed –malli sovellettuna viitekehykseksi (Green & Kreuter 1999.)



#### 4.1 Vaihe 1 – Sosiaalinen arviointi (Social assessment)

Mallin ensimmäisessä vaiheessa alkaa tupakastavieroitusintervention suunnittelu, jossa lähdetään liikkeelle elämänlaadun määrittämisellä. Tämä tarkoittaa sitä, että ensimmäisessä vaiheessa määritellään yhteisön tai kohderyhmän ongelmia ja toiveita. (Green ym. 2005, 30.)

Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalouden johtoryhmältä tuli tarve aloittaa tupakasta vieroituksen tarjoaminen asiakkaille ryhmämuotoisena, koska aikaisemmin ei ryhmätoimintaa tupakasta vieroitukseen ole ollut tarjolla.

Tupakastavieroitusryhmän kehittämiseen vaikutti myös resurssivaje ja taloudellinen niukkuus, joiden vuoksi yksilöohjausta ei voida tarjota.

Asiakkaille markkinoitiin ryhmää keväällä 2009 paikallislehdissä, työterveyshuollossa, sairaalassa, terveysasemilla, hengitysyhdistyksissä ja muissa yhteyksissä ja tapahtumissa. Suunnitelmien mukaan ryhmän piti alkaa syksyllä 2009, tähän ryhmään ei ollut kuitenkaan tarpeeksi ilmoittautuneita. Markkinointia jatkettiin ja ryhmän alkamisajankohtaa siirrettiin keväälle 2010. Ehtona ryhmään osallistumiselle pidettiin riittävää itsenäistä toimintakykyä, koska ryhmän sisältö oli suunniteltu liikuntapainotteiseksi. Aluksi suunniteltiin ryhmä vain miehille, mutta koska miehiä ei tarpeeksi löytynyt, lisättiin mukaan myös naiset. Ryhmän oli tarkoitus kokoontua 16 kertaa, maksu ryhmään osallistumisesta oli 25 euroa. Pieni osallistumismaksu pitää matalaa kynnystä osallistua mukaan laaja liikuntalaji tutustumismahdollisuus huomioiden.

Ensimmäisellä koontumiskerralla annettiin osallistujille kysely, jossa selvitettiin millaiseksi osallistuja kokee terveydentilansa tällä hetkellä, kartoitettiin tupakointi historia, kuinka kauan on polttanut, kysyttiin aikaisemmat lopettamisyritykset, onko aikaisemmin osallistunut ryhmään ja minkälaiset odotukset ryhmästä tällä hetkellä ovat. (Kts. liite 1.) Ryhmään tullessa yksi ryhmäläinen oli ollut jo jonkin aikaa tupakoimatta ja hänellä oli vieroituslääkitys käytössä, toiset tupakoivat.

Tupakointi on riippuvuussairaus, johon lukeutuu psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen riippuvuus. Suomessa eniten tupakoivat huonommin koulutetut kuin korkeammin koulutetut, esimerkiksi naisilla ero on 15 %. Tupakointi, nuoruus ja vapaus on todettu nivoutuvan yhteen, vaikka tupakka ei johdakaan näihin ominaisuuksiin. Tilastot osoittavat, että Suomessa päivittäin tupakkaa polttaa noin 880 000 aikuista ja 100 000 nuorta. Tupakan polttajat vannovat tupakoivansa, koska tupakan poltossa on myös paljon hyviä ominaisuuksia. Nykyään tupakointi on kiellettyä monissa yleisissä tiloissa, jolloin tupakoivat joutuvat menemään ulos tai tupakointiin tarkoitettuun huoneeseen. Tästä syntyy tietynlainen yhteenkuuluvuus. Tupakanpolto on sosiaalinen tapahtuma, johon liittyy rentoutumista ja toisten tupakoijien kanssa yhdessä oloa ja keskustelua. (Patja ym. 2005, 11, 13, 24-25.)

Tupakoinnin aloitus tapahtuu yleensä nuorena sosiaalisessa tilanteessa, jossa yhteenkuuluvuuden tunne koetaan voimakkaana. Tupakasta koetaan saavan mielihyvää, joka lievittää stressaantunutta olotilaa, parantaen keskittymiskykyä. (Sykari 2009, 8.) Jokaisella tupakoitsijalla on syynsä tupakoida, mutta usein kyseessä on sosiaalinen tapa. Vähäinkin tupakanpolto johtaa nikotiiniriippuvuuteen. Tupakanpolton aloittamiseen vaikuttavat useat eri tekijät, joista suurimmat vaikuttajat ovat ystäväpiiri ja elinympäristö. Myös kotoa opittu malli, vanhempien koulutus- ja tulotaso ovat vaikuttamassa nuoren ratkaisuihin. Lisäksi henkilökohtaisilla piirteillä on todettu olevan vaikutusta tupakointiin, usein huono itsetunto, heikko itsekontrolli ja päätöksentekokyky ovat riskitekijöitä tupakoinnin aloittamiseen. (Pietilä 2003, 2-4.)

Tilastojen mukaan vain 3-5% tupakanpolttajista lopettaa ilman apuja. Vertaistukiryhmä on laajalti käytetty menetelmämuoto tupakastavieroituksessa. Tulokset osoittavat, että 30-40 % ryhmiin osallistuneista ovat onnistuneet lopettamaan tupakanpolton. Kaikista hankalinta on todettu olevan tupakoivien rekrytointi ryhmiin, ryhmiä on työlästä saada koottua. Lopettaja tarvitsee tukea lopettamiseen myös läheisiltään. Jos motivaatio lopettamiseen ei riitä, tuolloin lopettaminen nähdään luopumisena ilman, että hyödyt nähtäisiin tavoittelemisen

arvoisina. (Pietilä 2003, 17-18.) Tupakasta irti pääseminen on aina suuri elämänmuutos, tutkimuksissa on todettu, että kuusi kymmenestä haluaa lopettaa, mutta vain neljäsosa uskoo pääsevänsä eroon tupakasta (Patja ym. 2005, 31, 35).

Tupakastavieroitusryhmän jäsenten mukaan tupakanpoltto on alkanut sosiaalisena tapana nuoruusiässä, jonka jälkeen opittu tapa on muuttunut riippuvuudeksi. Jokainen ryhmäläinen halusi eroon tupakasta, koska tupakointi oli heikentänyt heidän elämänlaatuaan. Kaikilla ryhmäläisillä tupakoinnin vaikutus elämänlaadun heikentäjänä ilmeni terveyden ja yleiskunnon huononemisena, joillakin jo puhjenneina tupakointiin liittyvinä sairauksia, kuten keuhkohtaumatautina ja astmana. Ryhmään osallistuneet naiset myös kuvasivat elämänlaatuun negatiivisesti vaikuttavia tupakan aiheuttamia ulkonäöllisiä haittoja, kuten hampaiden kellastuminen, paha haju hengityksessä ja vaatteissa sekä ihon vanheneminen. Edellämainitut elämänlaadun heikentäjät pienentävät ryhmäläisten mukaan sosiaalista verkostoa ja osalle tupakointi heijastuu suoraan sosiaaliin suhteisiin aiheuttaen niiden välttelyä häpeän vuoksi. Nikotiiniriippuvuus yhdisti kaikkia ryhmäläisiä.

#### **4.2 Vaihe 2- Epidemiologinen arviointi (Epidemiological assessment)**

Mallin toisen vaiheen tehtävänä on selvittää erityiset terveydelliset päämäärät tai ongelmat, jotka saattavat olla vaikuttamassa sosiaalisessa arvioinnissa (mallin 1. vaihe) todettuihin sosiaaliin tavoitteisiin tai ongelmiin. Tässä mallin kohdassa voidaan hyödyntää tietoa eri tietolähteistä. (Green ym. 2005, 79.)

Tässä vaiheessa tarkoituksena on tunnistaa tupakasta aiheutuvat terveyshaitat tilastojen ja ryhmään osallistuvien terveystutkimuksen pohjalta. Tupakointi on suuri terveyshaittojen ja ennenaikaisen kuoleman aiheuttaja. On todettu, että tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin kuolee vuosittain Suomessa noin 5000 ihmistä. Jos ennusteisiin on uskomista, tupakan ennustetaan olevan vuonna 2030 suurin yksittäinen kuolinsyy koko maailma huomioiden. (Pietilä 2003, 10.)

Tupakassa oleva nikotiini aiheuttaa voimakasta riippuvuutta, sykkeen ja verenpaineen nousua. Nikotiini aiheuttaa myös myrkytysoireita, kuten pahoinvointia, päänsärkyä, kalpeutta, vatsavaivoja ja huimausta. (Pietilä 2003, 10.)

Tupakointi lisää riskiä sairastua eri syöpätauteihin ja tutkimusten mukaan noin 30 % syöpäkuolemista on todettu aiheutuneen tupakasta. Tupakoitsijalla on myös suurempi riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Keuhkopuolen sairaudet, kuten krooninen keuhkoputken tulehdus, astma ja COPD ovat yleisiä tupakoitsijoiden keskuudessa. Tupakanpoltolla on myös ulkonäöllisiä seuraamuksia, kuten ihon harmaantuminen ja vanheneminen, hampaiden tummuminen, kynsien kellastuminen, pahan hajuisen hengitys ja vaatteiden pahahaju. Lisäsairauksina tupakoinnin seurauksena voi syntyä osteoporoosi, impotenssi, mahahaava, hedelmällisyyden heikkeneminen ja vaihdevuosisien aikaistuminen. Pienten lasten vanhempien tupakointi voi lisätä lasten korva- ja keuhkoputkentulehdusten määrää. Raskauden aikana tupakoinnin myrkyt siirtyvät sikiöön, joka heikentää sikiön kasvua ja voi myöhemmin aiheuttaa lapselle esim. allergiaa. Tupakoivalla odottajalla myös keskenmenon riski kasvaa. (Pietilä 2003, 11-12.)

Tupakastavieroitus ryhmäläisiltä kerätty terveystutkimus ryhmän aluksi antoi viitettä ryhmän tilanteesta. Seitsemästä ryhmäläisestä alkututkimukseen vastasi viisi, jotka kokivat ennen ryhmän alkamista terveydentilansa huonoksi tai kohtalaiseksi. Osalla ryhmäläisistä oli jo diagnosoitu COPD, astma, diabetes, kaikki totesivat tupakan aiheuttavan pääkipua, pahoinvointia, yskää, huimausta ja muita liitännäisoireita.

Ryhmään ilmoittautuneet oli lyhyesti haastateltu puhelimitse ennen ryhmän alkua. Tällöin oli poissuljettu mahdolliset esteet osallistumiselle (esim. vaikeat perussairaudet, liikuntarajoitukset, allergiat) sekä lisäksi haastateltu tupakointi historiaa, lopettamisyrityksiä, halukkuutta nikotiinikorvaushoitoon sekä toivomuksia ryhmästä. Puhelin haastatteluissa ei toivomuksia asiakkailta tullut ryhmän suhteen.

Ensimmäisellä ryhmän tapaamiskerralla tammikuussa 2010 jaettiin jokaiselle seitsemälle osallistujalle alkututkimuslomake. Lomakkeessa oli kuusi avointa kysymystä,

joissa selvitettiin asiakkaan tupakka historiaa, kauanko on polttanut, onko aikaisemmin yrittänyt lopettaa, onko aikaisemmin osallistunut vieroitus ryhmään, minkälaiseksi kokee tämän hetkisen terveydentilan ja minkälaisia odotuksia ryhmän suhteen on. (Kts. liite 1.) Vastausaikaa annettiin viikko eli palautus oli seuraavaan tapaamiskertaan mennessä. Lomakkeista viisi palautui takaisin, kaksi jätti vastaamatta.

Vastanneista kaikki kokivat terveydentilansa huonoksi tai kohtalaiseksi. Kaikki olivat tupakoineet pitkään, vuosissa 19-40 vuotta. Osa ei aikaisemmin ollut yrittänyt lopettaa kertaakaan, osa kolmesta kymmeneen kertaan. Kukaan ei ollut aikaisemmin osallistunut tupakastavieroitusryhmään. Kysyttäessä mitä odotuksia ryhmäläisillä oli, ilmeni, että kaikki tulivat hakemaan vertaistukea, motivaatiota ja kannustamista lopettamiseen. Useita myös kiinnosti se, että ryhmä oli liikuntapainotteinen ja oli mahdollisuus tutustua eri lajeihin. Osa halusi päästä irti tupakasta. Alkutilanne oli siis kaikille uusi, ryhmäläiset eivät olleet aikaisemmin ryhmään osallistuneet, ohjaajat eivät myöskään olleet aikaisemmin vastaavaa ryhmää vetäneet. Lähdettiin siis kehittämään uudenlaista ryhmää saatujen koulutusten ja ryhmäläisten toiveiden pohjalta.

#### **4.3 Vaihe 3 - Käyttäytymis- ja ympäristöarviointi (Behavioral and environmental assessment)**

Käyttäytymis- ja ympäristöarviointi vaiheessa tunnistetaan terveyskäyttäytymistä ja ympäristötekijöitä joilla on mahdollisesti yhteys mallin toisessa vaiheessa ilmoitettuihin terveysongelmiin (Green ym. 2005, 115.)

Nelikenttämallilla voidaan käsitellä esim. terveyskäyttäytymiseen liittyviä asioita, joihin vaikuttamalla voidaan ihmisten terveyttä edistää. Nelikenttämalli koostuu neljästä osasta, jossa mallin ensimmäisessä osassa kuvataan ensisijainen muutoskohde, joka on tärkein ja helposti muutettavissa oleva asia. Toisessa osassa kuvataan asia, jolla ei ole merkittävää muutosvaikutusta, mutta joka olisi helposti

muutettavissa. Kolmantena asiana kuvataan tärkeä, mutta vaikeasti muutettavissa oleva asia. Neljäs nelikenttämallin vaihe kuvastaa merkityksetöntä muutoskohdetta, joka on hyvin vaikeasti muutettavissa. Käyttäytymis- ja ympäristöarviointi vaiheessa käsitellään tupakointiin liittyvät ympäristö tekijät ja ihmisen käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä. Ympäristö tekijöihin ja ihmisen käyttäytymiseen liittyviin tekijöihin paneutumalla ja vaikuttamalla näihin voidaan tupakanpoltonlopettamista tukea ja terveyttä edistää. Käyttäytymis- ja ympäristöarviointia käydään lävitse nelikenttämallin avulla. (Green ym. 2005, 128.)

Nelikenttämalliin (kts. taulukko 4.) tietoa saatiin selville ryhmäläisten kanssa asiasta keskustellen sekä eri tietolähteistä. Nelikenttämallissa opinnäytetyötä ajatellen koetaan erittäin tärkeäksi asetetun tupakkalain, markkinoinnin, kotoa saadun mallin sekä tupakka tuotteiden saatavuuden rajoittamisen. Tupakkalakia on kiristetty, tupakoinnin vapautta on rajoitettu esimerkiksi kieltämällä tupakointi yleisillä paikoilla, myös markkinointiin on puututtu kriittisemmin. Nämä ovat olleet vaikuttamassa siihen, että tupakan poltto on vähentynyt. Vanhempien malliesimerkki on lisäksi hyvin tärkeää. Vähemmän tärkeänä pidetään tupakka askien ulkonäköä ja hintaa. Tupakastavieroitusryhmäläisten mukaan tupakasta riippuvainen henkilö on valmis maksamaan tupakasta kalliimmankin hinnan kunhan vain tätä saa. Lisäksi terveystekstit tupakka askin kyljessä eivät ole juuri vaikuttaneet ryhmäläisiin, eikä näillä teksteillä ole ryhmäläisten mielestä mitään vaikutusta tupakointiin.

Ryhmäläisten mukaan sosiaalinen ympäristö on hyvin tärkeä vaikuttaja tupakan polton aloittamiseen ja sen jatkumiseen, mutta ystäväpiiriä on vaikea lähteä muuttamaan. Omaa persoonallisuuttaan on vaikea muuttaa, tätä voi kyllä kehittää ja motivaatioon voi aina yrittää vaikuttaa. Ryhmätoiminta vaatii työyksiköstä resursseja. Monesti ryhmiä on vaikea saada koottua, koska ilmoittautuneita ei löydy riittävästi. Ryhmän suunnittelu ja pitäminen vievät aikaa muusta työstä, jolloin pitää miettiä mikä on järkevää panostamista. Tupakanhaittavaikutuksiin suhtautumiseen on vaikea vaikuttaa, jokaisella tupakoitsijalla on oma mielipiteensä, kaikkihan riskit tiedävät, mutta näitä vähätellään, puolustellaan ja peitellään ennen kuin haitta on syntynyt.



Ryhmäläisten mukaan tupakoija puolustaa itseään ja vähättelee ongelmaa ja terveyshaittoja, vaikka halu lopettamiseen taustalla onkin. Riippuvuus ja oman tahdon puute sekä tupakoinnin vähättely estävät ryhmäläisten mukaan hakeutumista vieroitukseen.

**TAULUKKO 4.** Nelikenttämalli tupakastavieroitukseen. Nelikenttämalliin on koottu tupakastavieroitusryhmäläisten ajatukset.

	<b>Erittäin tärkeä</b>	<b>Vähemmän tärkeä</b>
<b>Helposti muutettavissa oleva</b>	1. Erittäin tärkeä, helposti muutettavissa oleva asia; ensisijainen muutostavoite <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ tupakkalaki</li> <li>➤ tupakkatuotteiden saatavuus</li> <li>➤ mainonnan ja markkinoinnin rajoitus</li> <li>➤ kotona opittu malli tupakointiin</li> </ul>	2. Vähemmän tärkeä, helposti muutettavissa oleva asia, ei merkittävää muutosvaikutusta <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ tupakkatuotteiden hinta</li> <li>➤ askin koko</li> </ul>
<b>Vaikeasti muutettavissa oleva</b>	3. Erittäin tärkeä, vaikeasti muutettavissa oleva asia; edellyttää erillistä resurssointia <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ kaveripiiri, sosiaalinen ympäristö</li> <li>➤ persoonallisuus, henkilökohtaiset piirteet</li> <li>➤ elinympäristö</li> <li>➤ motivaatio lopettamiseen</li> <li>➤ tupakasta vieroittaminen, ryhmänohjaus</li> <li>➤ henkilön tietoisuus tupakan haitoista ja suhtautuminen näihin vakavasti</li> </ul>	4. Vähemmän tärkeä, vaikeasti muutettavissa oleva asia; merkityksetön muutostavoite <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ tupakka askin ulkonäkö</li> </ul>

#### **4.4 Vaihe 4 - Kasvatuksellinen ja ekologinen arviointi (Educational and ecological assessment)**

Mallin tässä vaiheessa tarkoituksena on kartoittaa altistavat, vahvistavat ja mahdollistavat tekijät, jotka ovat yhteydessä käyttäytymiseen ja joiden avulla pyritään pääsemään tavoitteeseen. Altistaviin tekijöihin liitetään kuuluvaksi ihmisen asenne, tieto, arvot ja uskomukset, joilla on merkitystä muutosvaiheen käynnistämisessä. (Green ym. 2005, 147.)

Tupakastavieroitusryhmässä käsiteltävinä asioina olivat terveys arvona ja ovatko ryhmäläiset tietoisia tupakan aiheuttamista haitoista. Ryhmässä nousivat esiin myös asenteet ja suhtautuminen lopettamiseen sekä opittu käyttäytymismalli kotikasvatuksesta ja sosiaalisesta ympäristöstä. Kaikille ryhmäläisille terveys arvona on tärkeä ja kaikki haluavat lopettaa, mutta ryhmäläisten mukaan riippuvuus tai sosiaalinen paine estävät helposti siirtymästä muutoksen tekemiseen.

Vahvistaviksi ja mahdollistaviksi asioiksi ovat vaikuttamassa tiedot, taidot, voimavarat ja ongelmat, joiden avulla ihmisen terveyskäyttäytyminen muuttuu tai hankaloituu. Näihin voivat olla sidoksissa määrätyt lait, jotka osaltaan edesauttavat tavoitteiden saavuttamista. Osalla ihmisistä voimavaroja voi olla runsaasti, kun taas toisilla ei juuri ollenkaan ja tämä taas hidastaa muutoksen tapahtumista. Mahdollistaviksi tekijöiksi kutsutaan sitä, että ihminen omaa tarvittavat taidot tavoitteena olevaan käyttäytymiseen. (Green ym. 2005, 147.)

Tupakastavieroituksessa vahvistaviksi ja mahdollistaviksi tekijöiksi muodostuvat säädetyt lait ja niiden rikkomisesta tulevat rangaistukset, yleensäkin tupakoinnin rajoittaminen. Kannustus ja tuki perheeltä, ystäviltä ja työyhteisöltä on tärkeää lopettamisessa. Omia voimavaroja tulisi vahvistaa ja lisätä, jotta jaksaa muutosvaiheen. Motivaation löytyminen on hyvin tärkeää, ilman sitä ei lopettaminen onnistu. Opinnäytetyössä kehittämiskohteena on siis ryhmätoiminnan aloittaminen tupakastavieroitukseen, jota ei aikaisemmin ole ollut tarjolla. Kuntien pitäisi järjestää

jokaiselle riittävät palvelut, joihin on riittävän matala kynnys asiakkaalla hakeutua ja osallistumismaksut tulisi olla vähäisiä, muutoin ihmiset eivät osallistu. Lisäksi henkilökuntaa olisi hyvä motivoida ja kouluttaa tupakasta vieroitukseen. (Winell ym. 2012, 3.)

#### **4.5 Vaihe 5- hallinnollinen ja poliittinen arviointi (Administrative and Policy assessment)**

Tähän vaiheeseen kuuluvat käynnistettävät toimenpiteet terveyttä edistettävän asian tueksi. Tällöin laaditaan tavoitteet sekä toimintatapa, jolla tavoitteisiin voidaan päästä. (Green ym. 2005, 191.)

Tupakanpolton vähentämisspoliittisena tavoitteena pidetään, että nuoret eivät aloita tupakointia ja jo tupakoiva henkilö lopettaa polttamisen. Tärkeimpiä tähän vaikuttavia toimia ovat tupakan hinnan nostaminen, tupakointikiellot yleisillä paikoilla, mainonnan kieltäminen, saatavuuden rajoittaminen, varoitusmerkkien käyttö, tupakoimattomuutta tukeva viestintä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa tupakka lakiasetuksista ja toimenpiteistä, joilla tupakoinnin vähentämiseen pyritään vaikuttamaan. Tupakkalakia valvoo sosiaali- ja terveydenhuollon lupa ja valvontavirasto, valtiovarainministeriö taas vastaa tupakkavalmisteverosta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos sekä työterveyslaitokset ovat julkisesti savuttomuutta edistäviä asiantuntijalaitoksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Uusi tupakkalaki 698/2010 tuli voimaan syksyllä 2010. Tupakkalain tarkoituksena on vähentää tupakointia edelleen. Laki laajeni koskemaan päiväkotien ja koulujen ympäristöjä. Kun tupakkatuotteiden saatavuutta rajoitetaan ja tupakointikielloja lisätään, pyritään estämään tupakkatuotteiden käytön aloitus kokonaan ja tukemaan lasten kasvu ympäristöjä savuttomuuteen. Tarkoituksena on antaa lapsille mahdollisimman hyvät lähtökohdat savuttoman kasvun tukemiseen. Laki edellyttää tupakkatuotteiden hallussapitoon 18-vuoden ikärajaa. Nuuska eli purutupakka on kielletty kokonaan. Julkisissa rakennuksissa ja sisätiloissa tupakointi on kielletty sekä mainontaa rajoitettu. Nikotiinikorvaushoito tuotteiden myynti on laajentunut ja

saanti helpottunut, nyt tuotteita myydään myös ruokakaupoissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 698/2010, Finlex 2011.)

1.1.2012 tupakkalakia kiristettiin edelleen. Tuolloin astui voimaan tupakkatuotteita koskevan markkinoinnin ja myynnin rajoituslaki 1438/2011. Lain mukaan tupakkatuotteita tai niiden tavaramerkkejä ei saa pitää esillä yleisissä myyntipaikoissa, joissa myydään myös muuta kuin tupakkatuotteita. Laki koskee esimerkiksi ruokakauppoja, kioskeja, ravintoloita jne. Poikkeuksena ovat pelkästään tupakkatuotteita myyvät myymälät, mutta tuotteita ei näissäkään saa näkyä myyntipaikan ulkopuolelle. Laki ei myöskään koske myyntiä kansainvälisessä meriliikenteessä käytettävällä aluksella. Tupakkatuotteiden myyjä saa esittää asiakkaan pyytäessä täysi-ikäiselle asiakkaalle myynnissä olevien tuotteiden kuvaston, jonka mukaan asiakas valitsee tuotteen. Lista ei saa olla julkisesti esillä. Kunta tai muu valvontaviranomainen voi kieltää tupakkatuotteiden myynnin määrääjäksi, enintään kuudeksi kuukaudeksi, jos myyntiluvan haltija rikkoo huomautuksesta tai sakosta huolimatta lakia mainostaen tupakkatuotteita tai pitäen näitä julkisesti esillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1438/2011, Finlex 2011.)

Myöskään sähkötupakkaa ei saa mainostaa tai myydä Suomessa. Viime aikoina sähkötupakkaa on markkinoitu internetissä apuna tupakanpolton lopettamisessa. Sähkötupakka on tupakkaa muistuttava, nikotiinia sisältävä, höyryä tuottava sähkövalmiste. Joulukuussa 2011 sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto Valvira kielsi mainonnan Green Smoke -yhtiöltä uhkasakon uhallla. Lain mukaan sähkötupakka on tupakkajäljitelmä. Sähkötupakan nikotiinipatruunoihin, ei ole mikään yritys hakenut myyntilupaa. Myyntiluvan saanti edellyttäisi, että lääkkeen, tässä tapauksessa siis nikotiinipatruunan laatu, teho ja turvallisuus on osoitettava riittävällä tavalla, myös kliinisillä näytöillä. (Toivonen & Vähäsarja 2012, A5.)

Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa ikäryhmätavoitteeksi on asetettu, että nuorten tupakointi vähenisi ja 16-18- vuotiaista alle 15 % tupakoisi. Lisäksi tavoitteena on, että päihteistä aiheutuvat terveyshaitat pyritään hoitamaan ajoissa ja

ammattimaisesti eivätkä nämä lisääntyisi 1990-luvun tuloksista. (Valtioneuvosto 2001) Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa korostetaan sairauksien ennaltaehkäisyä. Kunnan päättäjät ovat vastuussa terveyden edistämiseen liittyvistä päätöksistä kunnissa. Jokaisessa kunnassa tulee laatia toimintaohjelma terveyttä edistävistä ja terveyshaittoja ehkäisevistä toimista sekä suorittaa seurantaan tavoitteiden toteutumisesta. (Valtioneuvosto 2007, 1-3.)

Tupakastavieroituksen käypä hoito -suositus on apuväline perustyöhön. Hoitosuosituksen tarkoituksena on parantaa tupakkariippuvuuden hoitojen toteutumista terveydenhuollossa sekä tupakastavieroittamista pidetään terveydenhuollon ammattilaisten yleisenä tavoitteena. Tarve tupakastavieroitukseen tulee jo poliittiselta tasoltakin, koska kuntien on jatkossa paneuduttava tupakasta vieroitukseen sen aiheuttamisen suurten terveystriskien ja niistä aiheutuvien kustannusten vuoksi. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja suomalaisen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2006.)

Tupakoinnin mini-interventio on työntekijän apuväline. Tupakoinnin mini-interventio tulee vastaanotolla tehdä aina rutiininomaisesti. Jyväskylän terveysasemille on laadittu kattava päihdehoitomallikartta, jossa yhtenä kohteena on tupakastavieroitus. Hoitokartta helpottaa arjen työssä ja jatkohoitoon ohjaamisessa. Työntekijät tulee kouluttaa hoitokarttojen ym. menetelmien käyttöön, koska niiden käyttö ei ole kaikille helppoa eikä uusien ohjelmien käyttö aina jaksaa kiinnostaa tai käyttö tuntuu liian vaikealta teknisyydeltään. (Mäkinen ym. 2010, 3.)

Ryhmäläiset kokivat tupakasta asetetut lait hyväksi ja tarpeelliseksi, mutta heidän mielestään tällä hetkellä voimassa olevat lait eivät edelleenkään riitä poistamaan tupakointi ongelmaa. Ryhmäläisten mukaan tupakasta on tehty niin kielletty asia rajoituksineen, että se houkuttaa nuorisoa tupakkakokeiluihin.

#### 4.6 Vaihe 6 – Toteutus (Implementation)

Mallin tässä vaiheessa siirrytään PROCEED osuuteen ja kuvataan ryhmäohjausintervention toteutusta. Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalouden johtoryhmältä ilmeni tarve aloittaa tupakasta vieroituksen tarjoaminen asiakkaille ryhmämuotoisena Jyväskylän yhteistoiminta-alueiden terveysasemilla. Aikaisemmin ei ryhmätoimintaa tupakstavieroitukseen ole ollut tarjolla. Tupakstavieroitusryhmän kehittämiseen vaikutti myös resurssivaje ja taloudellinen niukkuus, joiden vuoksi yksilöohjausta ei voida tarjota.

Opinnäytetyön teoreettista viitekehystä alettiin kokoamaan syksyllä 2009, jolloin myös tupakstavieroitusryhmän käytännön toteutusta ryhdyttiin suunnittelemaan. Tupakstavieroitusintervention suunnittelussa edettiin Precede-Proceed mallin vaiheiden mukaisesti samalla mieltien ryhmän käytännön toteutusta. Opinnäytetyön teoreettista perustaa täydennettiin työn edetessä ja mietittiin sen sopivuutta tupakstavieroitusintervention toteuttamisesta ryhmässä.

Syksyllä 2008 henkilökuntaa koulutettiin ryhmänohjaukseen, tämän jälkeen on järjestetty pienempimuotoisia koulutuksia tupakanvieroitukseen liittyen. Syksyllä 2009 ryhmän vetäjät kaksi sairaanhoitajaa ja yksi fysioterapeutti aloittivat ryhmän sisällön suunnittelun. Aikaisempaa kokemusta ryhmänohjaajilla ei ollut vastaavanlaisesta ryhmästä. Ryhmää suunniteltaessa päätettiin, että jokainen tapaamiskerta sisältäisi vertaistuen lisäksi myös liikuntaa. Tarkoitus oli tutustuttaa osallistujia eri liikuntalajeihin, joista he saisivat tekemistä tupakoinnin tilalle ja liikunta toisi heille toisenlaista nautintoa. Syksyllä 2009 ilmoittautuneita ryhmään oli yhteensä kahdeksan henkilöä, jolloin päätettiin aloittaa ryhmänvetäminen tammikuussa 2010.

Ilmoittautuneille soitettiin ja heidät haastateltiin sekä selviteltiin ettei heillä ole estettä ryhmään osallistumiselle. Este osallistumiseen olisi ollut huomattavat liikunnalliset rajoitteet sekä ei hoitotasapainossa oleva psyykinen sairaus.

Osallistujille lähetettiin kotiin nikotiiniriippuvuudesta valmiiksi täytettäväksi ensi tapaamiseen. Kaikilla ryhmäläisillä oli pitkä tupakointihistoria ja osalla jo tupakasta aiheutuneita sairauksia.

Ryhmään ilmoittautui aluksi 10 henkilöä, joista puhelinkontaktin jälkeen karsiutui pois kaksi henkilöä. Kahdeksan henkilöä kutsuttiin aloituskertaan, joista seitsemän tuli paikalle, yksi ilmoitti ettei aloita ryhmää. Mukaan tuli neljä miestä ja kolme naista. Ryhmä aloitti tammikuussa 2010. Tapaamiskertoja ryhmässä oli yhteensä 16 kertaa ja ryhmä kesti kevätlukukauden verran. Aloituskerralla ryhmän jäsenet tutustuivat toisiinsa, suunniteltiin yhdessä ryhmäohjelmaa, annettiin alkukysely ja osallistumispaketti. Lisäksi jokaisella ryhmäläisellä oli mahdollisuus saada lääkäriltä resepti tupakastavieroitus lääkkeeseen.

Ensimmäisellä kerralla keskusteltiin ryhmän säännöistä ja yritettiin motivoida osallistujia käymään ryhmässä. Osallistumismaksu oli vain 25 euroa koko keväältä. Ryhmän kokoontumispaikat olivat vaihtuvia, tapaamiset tehtiin monitoimitalolla, Kypärämäen koululla, Väinönkadun palvelutalon kuntosalissa ja ulkona satamassa. Näin jokaisella eri puolella Jyväskylää asuvalla oli tasavertainen osallistumismahdollisuus ryhmään.

Kevään aikana kaikilla kokoontumiskerroilla oli aluksi sairaanhoitajien ohjaama keskustelu ja pienimuotoinen luento osuus. Ryhmä oli hyvin keskusteleva ja tämän vuoksi vertaistukikeskustelulla aina aloitettiin. Luentojen aiheina olivat tupakasta vieroitus, lääkehoito, vieroitusmuodot, retkahdusten torjunta, motivointi, liikunta ja ravitsemus. Fysioterapeutin ohjauksessa osallistujat pääsivät tutustumaan eri lajeihin, kuten sulkapallo, uinti, vesijumppa, kuntosali, kuntopiiri, potkunyrkkeily, sauvakävely, keilailu, keppijumppa, venyttely ja rentoutus. Lisäksi heille tarjottiin mahdollisuutta ryhmän alku- ja loppumittauksiin, joita olivat häkä-, verenpaine- ja mikrospirometria mittaukset sekä fysioterapeutin teettämä UKK kävelytesti. Kaikki ryhmäläiset osallistuivat alku- ja loppumittauksiin. Joka tapaamiskerralla tarjottiin myös mahdollisuutta kahdenkeskiseen keskusteluun sairaanhoitajan kanssa. Koska

tupakastavieroittaminen on pitkä prosessi, tarkoituksena oli ettei ryhmä loppuisi kokonaan keväällä, vaan ryhmässä syntyisi hyvä yhteishenki, jolloin ryhmäläiset voisivat tavata ja tukea toisiaan myös ryhmän päättymisen jälkeen.

Viimeisellä tapaamiskerralla sovittiin seuranta tapaaminen lokakuulle 2010, jolloin tuloksia voitaisiin arvioida. Jokaiselle osallistujalle annettiin valmiiksi kirjeellä varustetun palautuskuoren kera ryhmän palautekysely. (Kts. liite 2.)

Palautelomakkeessa kysyttiin mm. toteutuivatko osallistujan asettamat tavoitteet, kokiko hän saaneensa apua lopettamiseen ohjaajilta tai muilta ryhmäläisiltä, jos niin millaista. Lisäksi toivottiin palautetta kehittämishaasteista, koska kyseessä oli ensimmäinen ryhmä. Lisäksi jokainen sai vapaasti antaa palautetta ryhmästä tai ohjaajista. Palautelomakkeista vain neljä palautui, kolme jätti vastaamatta.

Koska palaute kyselyyn melkein puolet jättivät vastaamatta, päätettiin lokakuun seuranta tapaamisessa nauhoittaa ryhmän keskustelu, jolloin kaikkien mielipiteet ja tulokset saadaan esille. Nauhoitukseen kysyttiin jokaiselta asiakkaalta suostumus. Lokakuun seuranta tapaamiseen saapui kuusi henkilöä, yksi laittoi sähköpostin välityksellä toisille ryhmäläisille ja ohjaajille kuulumiset sekä palautteen. Tapaaminen kesti 1,5 tuntia. Tapaaminen nauhoitettiin osallistujien suostumuksella ja myöhemmin nauhoitus purettiin ja litteroitiin. Sovittiin, että noin puolen vuoden kuluttua vielä soitetaan ryhmäläisille ja kysytään kuulumiset.

Liikunnallista tupakastavieroitus ryhmäohjausta tarjottiin 18-65-vuotiaille jyväskyläläisille henkilöille. Vieroitus voi tapahtua yksilö- tai ryhmänohjauksessa, mutta osa onnistuu pääsemään eroon tupakasta myös tukiverkostonsa tai hyvän itsekurin avulla. Lopettamisen ensisijainen ehto on motivaatio, johon tukea voi saada vertaisryhmästä. Tupakanpolton lopettamisen positiiviset vaikutukset ilmenevät nopeasti lopettamisen jälkeen. Ryhmätoimintaan ei pidä suhtautua tuomitsevasti, jos ryhmä ei tuota tulosta, koska mikään ryhmätoiminta tai vieroitushoito ei riitä, mikäli lopettajalta itseltään ei löydy halua, motivaatiota eikä tahtoa lopettamiseen. Jokaisen tulee miettiä ensin mitä tupakointi merkitsee, mikä on motivaatio lopettamiseen ja



mitkä ovat henkilökohtaiset tavoitteet. Tupakointi on tapa, jonka tilalle pitää saada muuta tekemistä. (Sykäri 2009, 9.) Tämän vuoksi päätettiin lisätä perinteiseen ryhmätoimintaan liikunta osuudet mukaan. Kokeilu tupakastavieroitusryhmä päättyi keväällä 2010.

Terveysasemilla suunniteltiin yhdessä ryhmän vetäjien, esimiehen ja ryhmävastaavan kanssa tupakastavieroitusryhmän tulevaisuutta. Uutta tupakastavieroitusryhmää alettiin kokoamaan heti syksystä 2010, tarkoitus oli aloittaa toiminta keväällä 2011, tähän ryhmään ei kuitenkaan saatu tarpeeksi ilmoittautuneita. Ryhmää yritettiin uudelleen syksyllä 2011, tällä kertaa ryhmään oli jo ilmoittautunut 12 henkilöä, mutta nyt ryhmää varten ei ollut oikeanlaisia tiloja toimintaa varten, suunnitelmissa oli siirtää seuraava tupakasta vieroitusryhmä syksyille 2012. Syksyn 2012 ryhmä käynnistyi ja se toteutettiin tämän opinnäytetyön mallin mukaisesti. Suunnitelmissa oli, että tupakasta vieroitusryhmä olisi aina kerran vuodessa automaattisesti ryhmäkalenterissamme ensimmäisen positiivisesti onnistuneen ryhmän jälkeen.

Tupakastavieroitusryhmän jälkeen esiin nousi myös henkilökunnan koulutuksen tarve asiaa kohtaan. Terveysaseman henkilökunnasta muutama henkilö on käynyt ryhmänohjaaja koulutuksen, mutta varsinaista tupakastavieroitus koulutusta oli syksyyn 2011 mennessä saaneet vain tupakastavieroitusryhmän ohjaajat sekä muutama muu hoitaja. Koko henkilöstö koulutettiin syksyllä 2011 tupakastavieroittautujan hoitoon. Tilaisuus järjestettiin kahtena päivänä, jotta kaikki pääsivät osallistumaan. Kouluttajana toimi tupakastavieroittaja Karin Iivonen. Samassa tilaisuudessa palveluyksikön johtaja Sakari Ritala esitteli astma, keuhkohtaumatauti ja tupakasta vieroitus hoitokartan sekä opasti henkilökuntaa tämän käyttöön. Myös suunnitteilla olevasta tupakastavieroitus ryhmästä informoitiin.

#### 4.7 Vaiheet 7-9- prosessin, vaikutusten ja tulosten arviointi

Näiden mallin vaiheiden on tarkoitus kuvata toimintaa, jossa tiivistä on sidoksissa kriittinen ja jatkuva arviointi sekä kehittämissuunnitelmat (Green & Kreuter 2005, 205).

Opinnäytetyön prosessi käynnistyi syksyllä 2009, jolloin alettiin kokoamaan teoreettista viitekehystä. Samaan aikaan tupakastavieroitusryhmän käytännön toteutusta ryhdyttiin suunnittelemaan. Opinnäytetyö tupakastavieroitusintervention suunnittelu PRECEDE-PROCEED -mallin mukaisesti vastaa tarkoitustaan, koska saatiin kehitettyä vieroitusmalli tupakastavieroituksen ryhmätoimintaan Jyväskylän kaupungin terveydenhuoltoon. Tupakastavieroitusryhmä toimii Jyväskylän kaupungilla samanlaisena edelleen ja yhteistyö liikuntakeskuksen kanssa on lisääntynyt.

Opinnäytetyön tavoitteita voidaan pitää saavutettuna, koska teoreettisen tiedon ja käytännön ryhmäohjauksen perusteella saatiin selville tupakkariippuvuuteen vaikuttavat tekijät ja miten riippuvuutta voidaan hoitaa. Lisäksi etsittiin tietoa ja tuloksia eri menetelmistä interventioiden tekemiseen.

Tuloksien mukaan niin yksilö- kuin ryhmäohjauksessakin tupakastavieroitusta tehdessä muutosvaihemalli, motivoiva haastattelu ja mini-interventiot ovat koettu hyviksi ja vaikuttaviksi menetelmiksi. Opinnäytetyön tuloksien perusteella myös kehittämistehtävät saavat vastauksen. Tupakastavieroitusryhmän tulosten perusteella PRECEDE-PROCEED -mallia voidaan käyttää tupakastavieroitusintervention suunnitteluun.

Loppuvuodesta 2009 ryhmänohjaajat tekivät puhelinhaastattelujen perusteella ryhmään osallistujien valinnat ja lähettivät heille ensimmäistä kokoontumiskertaa varten Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin täytettäväksi. Puhelinhaastattelun

jälkeen kahdeksan osallistujaa ilmaisi halunsa osallistua ryhmään. Yksi perui tulonsa ennen ryhmän alkua.

Kaikki seitsemän ryhmäläistä kävivät aktiivisesti koko kevään tupakastavieroitus ryhmässä, kukaan ei lopettanut ryhmässäkäyntiä kesken. Palautteiden perusteella ryhmäläiset viihtyivät ryhmässä ja kokivat sen tukevan tupakastavieroittumista. Ryhmän aikana neljä seitsemästä ryhmäläisestä lopetti tupakoinnin. Liikunnan sisällyttämisestä vieroitusryhmään saatiin positiivista palautetta ryhmäläisiltä, sillä he kokivat ryhmän loputtua yleiskuntonsa parantuneen ja yleisen hyvinvointinsa ja suhtautumisensa liikuntaan muuttuneen paremmaksi. Yleiskunnan ja hyvinvoinnin parantumista ryhmäläisillä voidaan todistaa myös verrattaessa alku- ja lopputerveysmittauksia toisiinsa. Ryhmäläisten verenpaine arvot olivat parantuneet, mikrospirometriassa todettiin parantuneita tuloksia, ukk kävelytestistä suoriuduttiin paremmin ja lisäksi häkämittaus kertoi ettei tätä enää elimistössä osalla ryhmäläisistä ollut.

Palauteyselyyn vastanneista osa odotti saavansa tukea ja kannustusta ryhmässä lopettamiseen ja kokivat tätä muilta ryhmäläisiltä kuin myös ohjaajilta saaneen. Osan tavoitteena oli päästä eroon tupakasta ja osa tässä onnistuikin. Ryhmän lopussa neljä osallistujaa oli päässyt eroon tupakasta ryhmän aikana. Palautteeseen vastanneet olivat tyytyväisiä ryhmään, ryhmä oli heidän mielestään hyvin keskusteleva ja kannustava, liikunta osiot koettiin erittäin hyväksi ja positiiviseksi asiaksi. Ohjaajille positiivista palautetta riitti, vaikka ohjaajilla ei ollut aikaisempaa kokemusta vastaavasta ryhmän vedosta. Osa ryhmäläisistä ilmaisi ohjaajien kokemattomuuden hieman näkyvän ohjauksessa, mutta he kokivat olevansa samanvertaisessa asemassa ohjaajien kanssa, jolloin kynnys osallistuvaan työskentelyyn oli pienempi. Osa ryhmäläisistä toivoi vieroitusryhmän olevan pidempi, vaikka ryhmä kesti kevätlukukauden ja tapaamiskertoja oli lähes viikoittain yhteensä 16.

Syksyn seurantatapaamisessa kolme ryhmäläistä olivat savuttomia edelleen ja kokivat etteivät enää ole suuressa riskissä aloittamaan uudelleen tupakointia. Yksi

ryhmäläinen oli viikko ennen seurantatapaamista retkahtanut tupakoimaan. Muut ryhmänjäsenet edelleen polttivat, mutta kokivat että aikovat taas uudelleen yrittää lopettamista omatoimisesti ryhmästä saamiensa neuvojen ja vieroituskeinojen avulla tai hakevat mahdollisesti myöhemmin uudelleen vertaistukiryhmään.

Kaikkien ryhmäläisten palaute oli samaa, kuin mitä osa oli jo palautekyselyyn vastannut. Erittäin tyytyväisiä he olivat vertaistuelliseen ryhmään, ryhmän kokoaminen oli onnistunut hyvin ja monet olivat hyvin samanlaisessa elämäntilanteessa, jolloin vertaistuesta oli aivan valtavasti hyötyä palautteen mukaan. Ryhmänvetäjien kokemattomuutta ei koettu negatiiviseksi asiaksi, sillä ryhmässä vallitsi hyvä yhteishenki ja kaikki kokivat olevansa tasavertaisia jäseniä. Kaikki myös kokivat liikuntaosuudet erittäin tervetulleiksi vieroitusryhmään, sillä liikunnan avulla sai kevennettyä raskasta aihetta ja ryhmäläiset saivat uusia ideoita vieroittautumisen tueksi. Osalla myös monet muut elintavat muuttuivat liikuntaosioden innoittamana. Yksi ryhmäläinen tiputtu painoan ryhmän aikana lähes 20 kiloa, vaikka painonhallinta ei ollutkaan varsinainen ryhmän tarkoitus.

Ryhmän pituuteen osallistujat olivat tyytyväisiä, heidän mukaansa tapaamiskertoja olisi voinut olla vielä enemmän, koska puhutaan riippuvuuden hoidosta. Nykyisten resurssiemme vuoksi kysyimme ryhmäläisten mielipidettä siihen mitä he ajattelevat jos ryhmän tapaamiskerrat tiputetaan kymmeneen kertaan kuudentoista sijaan. Tähän ei eivät olleet tyytyväisiä, koska heidän mukaansa riippuvuussairautta ei hoideta lyhyessä ajassa ja myös vertaistuki idea kärsii, jos ryhmä tapaa vain harvoin. Lisäksi ryhmäläiset olisivat toivoneet enemmän rentoutusharjoituksia ja oman kehon kuuntelun ohjauksen taitoa, liikuntakertoja oli paljon, mutta rentoutus jäi vähälle.

Seuranta tapaamisesta pohdittiin ryhmän jatkoa, koska suurin osa olisi halunnut vielä kontrolli tapaamisen. Resurssien takia ei voitu enää seuranta tapaamista järjestää ryhmän puolesta, mutta ehdotettiin, että mikä estää heitä kokoontumasta esim. lenkille yhdessä. Seuranta käynnillä he sopivatkin jatkosta ja vaihtoivat yhteystietonsa, osa olikin jo tavannut ryhmän ulkopuolella useamman kerran.

Puolen vuoden jälkeen seurantatapaamisesta ryhmänvetäjät soittivat ryhmäläisille, heistä edelleen kolme oli pysynyt savuttomina. Osa oli yrittänyt tai aikonut yrittää uudelleen lopettamista. Ryhmä oli tavannut vapaa-aikana ulkoilun merkeissä ja saanut edelleen vertaistukea toisiltaan. Ryhmäläiset olivat edelleen sitä mieltä, että tupakastavieroitusryhmiä tulisi jatkossakin tarjota kaupungin asukkaille. Yhden onnistuneen vieroituksen jälkeen kaupunki saa säästöjä ja asiakas säästyy terveyspalvelun suurelta käytöltä sekä pystyy parantamaan omaa terveydentilaansa.

## 5 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää malli tupakastavieroitukseen avosairaanhoidon. PRECEDE-PROCEED -malli toimi hyvin opinnäytetyön vaiheiden kuvauksessa ja terveyden edistämisen interventioiden apuna, mutta muutoin malli oli työläs ja vaikeasti ajoittain hallittavissa. Mallin vaiheiden teorian ja käytännön yhteensovittaminen oli hankalaa. PRECEDE-PROCEED -malli soveltuu kuitenkin elintapainterventioiden suunnitteluun.

Hakukannoista tietoa tupakastavieroituksesta löytyi paljon, jonka vuoksi tiedon rajaaminen oli vaikeaa. Useampien tietokantojen ja tutkimusten laajempi käyttö olisi tuonut opinnäytetyölle enemmän lisäarvoa ja luotettavuutta. Erityisesti lisänäyttää PRECEDE-PROCEED -mallin toimivuudesta olisi tuonut, jos tutkimuksista olisi löytynyt toinen mallin soveltaminen tupakastavieroitusinterventioon, tätä ei kuitenkaan hakukannoista löytynyt.

Opinnäytetyön tulosten perusteella tehokkaiksi menetelmiksi tupakastavieroituksessa on koettu olevan muutosvaihemalli, motivoivahaastattelu ja mini-interventiot. Erityisesti motivoiva haastattelu ja mini-interventiot ovat todettu olevan vaikuttavia menetelmiä terveyden edistämisessä, näiden toteuttaminen ei

myöskään vaadi suurta resurssointia. Tulosten mukaan menetelmistä hyötyvät eniten sairastumisriskissä olevat ja jo sairastuneet. Erityisen tehokkaaksi menetelmät on todettu lääkärin tekemänä. Tulosten mukaan muutosvaihemalli kannattaa sisällyttää tupakastavieroitukseen, koska asiakkaan omien kykyjen tukeminen ja lisääminen on todettu auttavan kohti muutosta.

Terveystieteiden tutkimuskeskus toteuttaa tupakastavieroitus mini-interventiota vastaanottotyössä. Mini-intervention toteutumista Jyväskylän terveysasemien vastaanotoilla ei ole seurattu, eikä ole tietoa moniko terveydenhuollon ammattilainen ottaa puheeksi tupakoinnin vastaanotollaan. Interventioiden laadun seuraamisesta terveydenhuollossa ei juurikaan löytynyt tietoa. Mini-intervention toteutuminen on kiinni terveydenhuollon ammattilaisen omasta motivaatiosta ja kiinnostuksesta asiaa kohtaan. Työntekijä, joka ei ole motivoitunut tupakastavieroitukseen, ei toteuta mini-interventiota, vaikka se veisi vain muutaman minuutin. Terveydenhuollon ammattilaisilta saaman palautteen mukaan tupakanpolto jää helposti ottamatta puheeksi, vaikka se on olennainen tekijä asiakkaan terveydentilaa ja terveyden edistämisen tarvetta ajatellen. Motivoitumaton terveydenhuollon ammattilainen ei myöskään jaksu tukea asiakasta kohti muutoksen tekoa. Motivoitunut työntekijä on avainasemassa tupakastavieroituksessa, puheeksiotto on hänelle helppoa ja hän jaksaa kannustaa asiakasta kohti muutosta ja auttaa ongelmien ilmaantuessa.

Usein terveydenhuollossa ammattilainen ei uskalla lähteä puheeksiottoon, jos asia ei ole kovin tuttu. Terveysasemalla vastaanottotyö on laajaa, vaativaa ja hallittavaa asiaa on paljon, tupakastavieroittajia ei kuitenkaan ryhmän palautteiden perusteella vaadi täydellisesti asioista tietävää ammattilaista, vaan keskustelu, tuki, kuuntelu ja asiaan uskova työntekijä riittävät hyvin. Aina siis laaja koulutuskaan ei takaa hyvää vieroittajaa, vaan innostus ja motivaatio ovat tärkeämmässä roolissa.

Jyväskylässä perusterveydenhuollossa on lähes kaikkien järjestettävien ryhmien osalta ongelmana on ollut se ettei asiakkaita saada ryhmiin. Tämä saattaa johtua monin paikoin iäkkästä asiakaskunnasta. Tupakastavieroitus motivointi tulisikin

painottaa koululaisiin, neuvoloihin ja työterveyteen, mutta missään ikäryhmässä ei ole myöhäistä lopettaa ja myöhäisessäkin vaiheessa voidaan saavuttaa vielä terveyshyötyjä. Jatkossa voisi kartoittaa Jyväskylän kaupungin asukkaita ryhmämotivaatiota, miksi näin suuressa kaupungissa ei riitä innostusta osallistua ryhmätoimintaan? Monet tupakasta vieroittautujat eivät halua mukaan ryhmätoimintaan. Resurssit tupakasta vieroitusryhmän markkinointiin ovat olleet hyvin vähäiset, koska erillistä rahallista budjettia ei ole ollut. Ilmaisjakelulehdissä on ollut ilmoituksia, mutta monet eivät lue kyseistä lehteä tai eivät tätä saa kotiinsa. Terveysasemilla on ollut informaatiota ryhmistä, mutta tämä häviää informaatiopaljouden joukkoon eikä tavoita kohderyhmää.

Henkilökuntaa on motivoitu ja informoitu vieroitukseen yhteisissä kokouksissa ja tupakasta vieroitus koulutuksessa. Näihin tapahtumiin ei koko henkilökunta ole osallistunut ja kiireisen työtahdin myötä työntekijä ei jaksakaan tulla aina huomiota kiinnittämään, jos asia ei ole itselle mielenkiintoinen. Esille onkin noussut markkinoinnin ja informaation tehostamisen kehittäminen. On kokoonnuttu suunnittelijaryhmässä asian vuoksi keväällä 2011, mutta asia on vielä kesken. Markkinointiin tulisi panostaa enemmän ja ottaa tähän mukaan markkinoinnin ammattilainen, tämä tietenkin vaatii ylimääräistä taloudellista sijoitusta.

Suunnitteilla on ollut, että terveysasemilla alkaisi pienryhmä ohjaus. Ryhmään koottaisiin 5-6 riskiryhmään kuuluvaa tai ohjausta tarvitsevaa henkilöä. Tuolloin ei voida puhua ryhmästä, koska tapaamiskertoja on vain yksi. Tällaisissa ryhmissä käsiteltäisiin valtimotauteja, myös tupakstavieroitus osuus kuuluu ohjaukseen. Ongelmana kuitenkin tällaisissa yhden kerran vastaanotoissa on se, ettei asioihin pääse syvällisemmin sisään, vaan nämä käsitellään pinnallisesti. Tupakasta vieroitusryhmään osallistujat kokivat tärkeäksi useamman tapaamiskerran, lyhyessä yksittäisessä tapaamisessa tällainen vertaistuki jää saavuttamatta ja yhden tapaamisen jälkeen ei ryhmän yhteishengen saavuttamista tapahdu. Jos tulevaisuudessa tarjotaan laajoja elintaparyhmiä, joissa käsitellään laajasti elintapoja ja tapaamiskertoja on useampia, voidaan tällaiseen ryhmään liittää

tupakastavieroitus ryhmä, eikä erillistä ryhmää tarvita. Elintaparyhmän suunnittelussa voitaisiin käyttää PRECEDE-PROCEED terveyden edistämisen mallia.

Paljon on siis suunnitelmaa viety eteenpäin ja toimintaa kehitetty. Koulutuksen osuutta tulisi vielä jatkossa lisätä henkilökunnan osalta sekä motivointiin tulisi panostaa lisää. Tupakasta vieroitus on tärkeää. Ensimmäinen tupakastavieroitus ryhmä oli onnistunut kaikin puolin ja tulokset olivat hyvät sekä hyödyt kansanterveyden kannalta katsottuna merkittävät. Jatkossa tulisi panostaa edelleen tupakasta vieroittautujan hoitopolun kehittämiseen. Pitää lisäksi miettiä saadaanko resurssien vuoksi toimivaa hoitopolkua luotua pelkästään perusterveydenhuollossa, vaan voidaanko yhdistää resurssit ja voimavarat erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin toimijoiden kesken. Jos ryhmätoiminta keskittyy vain perusterveydenhuoltoon, tulee ryhmänohjaajille järjestää riittävä aika ryhmän suunnitteluun. Ensimmäisen ryhmän osalta suunnittelu-aika jäi vähäiseksi ja ryhmätapaamiset ajoittuivat työpäivän päätteksi. Työajallisesti päivä oli pitkä, yli kymmenen tuntia.

Opinnäytetyötä tehtiin normaali työn rinnalla, ylimääräistä opintovapaata ei pidetty, tämä hidasti prosessin etenemistä. Opinnäytetyön prosessi sujui kuitenkin aikataulua lukuun ottamatta odotusten mukaan ja kasvatti valmiutta toimia terveyden edistämisen asiantuntijan roolissa. Kokemattomana ryhmänohjaajana taidot kehittyivät puolen vuoden ryhmän suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin osalta. Haittapuolena opinnäytetyötä ajatellen koettiin se, ettei pystynyt vertaamaan tuloksia muihin vastaaviin ryhmiin, koska liikunta keskeistä tupakastavieroitusryhmää ei ollut aiemmin toteutettu Jyväskylässä eikä lähipaikkakunnilla. Prosessin aikana ei myöskään uusi ryhmä toteutunut.

Yhden toteutetun tupakasta vieroitusryhmän perusteella tuloksiin on oltu hyvin tyytyväisiä ja todettu, että myös jatkossa vastaavanlaisten ryhmien tarjonta on aiheellista kansanterveyttä ajatellen. Tulosten perusteella tulevaisuudessa ryhmätoimintaan sekä tupakastavieroittamiseen kannattaa panostaa.



Opinnäytetyön prosessin perusteella jatkokehittämishaasteina voidaan pitää tupakastavieroitus hoitopolun luomista, joka mahdollisesti tarvitsee myös yhteistyötahojen tukea. Lisäksi hyödyllistä olisi selvittää miten interventiot toteutuvat terveydenhuollossa ja miten niiden laatua seurataan. Kolmantena kehittämishaasteena voitaisiin selvittää millä tavoin interventioihin tavoitettaisiin kohderyhmä.

## 6 LÄHTEET

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <http://www.duodecimlehti.fi>

Croyle, R. 2005. Theory at a Glance. A guide for health promotion practice. National cancer institute.

Fiore, M. & Jaen, C., R. 2008. Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 update. US Department of Health and Human Services, Public Health Service.

Green, L. & Kreuter, M. 2005. Health program planning. An educational and ecological approach. Published by McGraw-Hill. New York.

Ham, O. & Lee, Y. 2007. Use of the Transtheoretical model to predict stages of smoking cessation in Korean Adolescent. Journal of school Health. Vol. 77, Issue 6.

Helakorpi, S., Paavola, M., Prättälä, R. & Uutela, A. 2009. Suomalaisen aikuisväestön terveystäyttyminen ja terveys, kevät 2008. Health Behaviour and Health among the Finnish Adult Population, Spring 2008. Raportti 2/2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Heloma, A. & Sandström, P. 2009. Tupakka ja terveydenhuolto- ajankohtaista lainsäädännöstä, savuttomuudesta ja vieroituksesta. Viitattu 8.1.2010. <http://www.stakes.fi/tervesos.Toesitykset/Antero%20Heloma%20ja%20patrick%20sandstrom%c3%b6m.pdf>

Karatay, G., Kuplay, G. & Emiroglu, O. 2009. Effect of motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women. Journal of Advanced Nursing 66.

Kouluterveyskysely. 2009. <http://www.info.stakes.fi/kouluterveyskysely/>

Koponen, P., Hakulinen, T. & Pietilä, A-M. 2002. Asiakas ja terveyspalvelut. Teoksessa Terveiden edistäminen, uudistuvat työmenetelmät. Toim. A-M.

Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetun lain muuttamisesta. 1.10.2010. 698/2010. Viitattu 20.11.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup./2010/20100698>

Laki tupakkalain muuttamisesta. 1.1.2012.1438/2011. Viitattu 4.4.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup./2011/20111438>

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihitteet: Ammatillisen päihdetyön perusteita. WSOY. Helsinki.

Mäkinen, R. & Alenius, H. 2010. Tupakoinnin lopettaminen. Lääkärin käsikirja. Viitattu 27.2.2011. <http://www.terveysportti.fi>

Mäkitalo, M. 2006. "Näin me onnistumme yhdessä" Kouluhyvinvointia rakentamassa kodin ja koulun yhteistyöllä. Opinnäytetyö.

Ollila, H., Broms, U., Kaprio, J., Laatikainen, T. & Patja, K. 2010. Nuorten tupakkariippuvuuden arviointi ja hoito terveydenhuollossa. Lääketieteellinen aikakausikirja duodecim. Viitattu 31.1.2012. <http://www.duodecimlehti.fi>

Patja, K. 2006. Tupakointi ja savuttomuus teoksessa terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Yliopistopaino. Helsinki.

Patja, K., Iivonen, K. & Aatela, E. 2005. Pystyt kyllä eroon tupakasta. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Pennanen, M., Patja, K. & Joronen, K. Tupakkakertomus 2006. Oikeus savuttomaan elämään: Kansanterveyslaitoksen julkaisu B, 3/2006. [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2006/2006b3.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b3.pdf)

Pietilä, K. Tupakka. 2003. Terveys Ry.

Pietilä, T., Hakulinen, E., Hirvonen, P., Koponen, E-M., Salminen & Sirola, K. Juva: WS Bookwell Oy, 78-130.

Pietinalho, A. Tupakoinnin haitat ja savuttomuuden hyödyt. Suomen Lääkärilehti 58/2003, ss. 4701-4704.

Pirskanen, M. & Pietilä, A-M. 2010. Toimintamalleja nuoren ja terveystieteen ammattilaisen kohtaamisessa – tavoitteena päihteettömyyden edistäminen. Teoksessa Terveystieteen edistäminen. Teorioista toimintaan. Toim. A-M. Pietilä. Helsinki: WSOYpro Oy, 151-153.

Prochaska, J., Norcross, J. & DiClemente, C. 2002. Changing for Good A Revolutionary six. Stage Program for overcoming Bad Habits and Moving Your Life for Positively Forward. New York: Harper collins Publishers Inc.

Rimpelä, A., Rainio, S., Huhtala, H., Lavikainen, H., Pere, L. & Rimpelä, M. 2007. Nuorten terveystapatutkimus. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977-2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:63.

Räty, P. 2012. Tupakka tuntuu koko kehossa. Helsingin Sanomat.

Saarelma, O. 2010. Tietoa potilaalle: Tupakasta vieroitus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 27.2.2011. <http://www.terveysportti.fi>

Sosiaali- ja terveyshuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Viitattu 11.4.2010. <http://pre20090115.stm.fi/hl1212563842632/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Tupakkapolitiikka. Viitattu 29.11.2012. <http://www.stm.fi/hyvinvointi/paihdehaitat/tupakointi>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Yliopistopaino, Helsinki.

Suomen ASH Ry:n tiedote 29.9.09. Viitattu 30.11.2009. [http://www.tekry.fi/content/files/ajankohtaista/29.9.2009\\_1pdf](http://www.tekry.fi/content/files/ajankohtaista/29.9.2009_1pdf).

Sosiaali- ja terveysministeriö. Esite 2001:8. Terveys 2015-kansanterveysohjelma. Viitattu 29.11.2009. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf)

Sykäri, S., 2009, Päihteet ja mielenterveys, opas vertaisryhmän ohjaajalle. Kehitys Oy, Pori.

Terveiden edistämisen politiikkaohjelma. 2007. Viitattu 29.11.09. [http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/terveyden\\_edistamisen\\_politiikkaohjelma](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveyden_edistamisen_politiikkaohjelma)

Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Aikuisväestön tupakointi. Suomalaisten tupakointi vähenee. Viitattu 2.1.2012. [http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta/elintavat/tupakka/aikuisvaeston\\_tupakointi](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakka/aikuisvaeston_tupakointi)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Viitattu 10.4.2010. ([http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta/elintavat/tupakka/tupakkalaki\\_ja\\_tupakkavero/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakka/tupakkalaki_ja_tupakkavero/))

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Tilastointi- ja indikaattoripankki SOTKANet. Viitattu 15.4.2010. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>

Toivonen, J. & Vähäsarja, I. 2012. Helsingin Sanomat. A5.

Tupakkatilasto 2011. Tilastoraportti 23/2012. Suomen virallinen tilasto. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 27.6.2012. <http://www.thl.fi/fi-fi/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet/tupakka>

Tupakkariippuvuus, 2008. Viitattu 26.1.2010.

<http://www.stumppi.fi/portal/stumppi/lopettaminen/tupakkariippuvuus>

Tupakkaverkko. Terveiden edistämisen keskus ry. 2010. Viitattu 10.4.2010.

<http://www.tupakkaverkko.fi/>

Valtioneuvosto. 2001. Periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta.

Sosiaali- terveysministeriö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.

Valtioneuvosto. 2007. Terveiden edistäminen – Hallituksen politiikkaohjelma.

Viitattu 17.5.2010. [http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-](http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisalto.pdf)

[sisalto.pdf](http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisalto.pdf)

Vuori, M., Kannas, L. & Tynjälä, J. 2004. Tupakoinnin ja päihteiden käytön muutossuuntia 1984-2002. Teoksessa Koululaisten terveys ja terveyskäyttäytyminen muutoksessa. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Toim. L. Kannas. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Terveiden edistämisen tutkimuskeskus, 181-215.

Winell, K. 2006. Tupakasta vieroituksen muutosvaihemalli. Viitattu 12.3.2012.

Duodecim. Terveyskirjasto. [WWW.terveyskirjasto.fi](http://WWW.terveyskirjasto.fi)

Winell, K., Jousilahti, P., Kauppi, P., Korhonen, T., Ollila, H., Pietilä, K., Rouhos, A., Broms, U., Kaprio, J., Kentala, J. & Rautalahti, M. Duodecim. 2002. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot (online). Käypä hoito-suositus. Suomen Yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2002 (päivitetty 19.1.2012). Viitattu 23.1.2012.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi40020.pdf>

Österlund Efraimsson, E., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K. & Klang, B. 2011. Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. Journal of advanced nursing. London 2012. Blackwell scientific publications.

## 7 LIITTEET

### 7.1 Liite 1. Stoppi-tupakastavieroitusryhmä. Alkukysely terveydentilasta ja ryhmän odotuksista.

1. Minkälaisena koette terveydentilanne tällä hetkellä?  
\_\_hyvä, \_\_kohtalainen, \_\_heikko

2. Montako vuotta olette tupakoineet?

3. Oletteko yrittäneet lopettaa aikaisemmin? Jos olette yrittäneet lopettaa, montako kertaa?

4. Oletteko aikaisemmin olleet mukana tupakastavieroitusryhmässä?

5. Minkälaisia odotuksia teillä on ryhmätoiminnasta?

6. Miten kuvaillette motivaatiotanne tupakan polton lopettamiseen?

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

sh/th Mari Tami  
Jyväskylän YAMK, sosiaali- terveys- ja liikuntala  
Terveiden edistäminen

## 7.2 Liite 2: Palautekysely Stoppi-tupakastavieroitusryhmän osallistujille.

Hei Stoppi-ryhmäläiset!

Toivoisimme, että kertoisitte hieman kokemuksistanne kevään Stoppi-tupakastavieroitusryhmästä. Olemme kiitollisia, jos ehditte vastata edes muutamalla sanalla alla oleviin kysymyksiin.

1. Minkälaisia odotuksia sinulla oli tupakastavieroitusryhmästä? Toteutuivatko ne?
2. Koetteko saaneenne tukea muilta ryhmäläisiltä tupakoinnin lopettamiseen? Jos saitte, niin minkälaista?
3. Saitteko tukea ohjaajilta lopettamiseen? Jos saitte, niin millaista?
4. Koitteko ryhmätoiminnan hyödylliseksi ja koitteko siitä olevan apua kohdallanne lopettamiseen?
5. Kehitysehdotuksia tulevia ryhmiä ajatellen.
6. Mitä muuta haluaisitte tuoda esille, niin risut kuin ruusutkin?

Kiitokset vastauksestanne !

Muistathan postittaa palautelomakkeen oheisessa kirjekuoressa, postimaksu on maksettu puolestanne.

Ihanaa savutonta kevättä toivottavat ryhmänohjaajat !